

HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROFESSOR A. ALZHEIMER (MÜNCHEN), PROFESSOR E. BLEULER (ZÜRICH), PROFESSOR K. BONHOEFFER (BRESLAU), PRIVATDOZENT G. BONVICINI (WIEN), PROFESSOR O. BUMKE (FREIBURG I. B.), PROFESSOR R. GAUPP (TÜBINGEN), DIREKTOR A. GROSS (RUFACH I. E.), PROFESSOR A. HOCHE (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT M. ISSERLIN (MÜNCHEN), PROFESSOR T. KIRCHHOFF (SCHLESWIG), DIREKTOR A. MERCKLIN (TREPTOW A. R.), PROFESSOR E. REDLICH (WIEN), PROFESSOR M. ROSENFELD (STRASSBURG I. E.), PROFESSOR P. SCHROEDER (BRESLAU), PROFESSOR E. SCHULTZE (GREIFSWALD), PRIVATDOZENT W. SPIELMEYER (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT E. STRANSKY (WIEN), PROFESSOR H. VOGT (FRANKFURT A. M.), PRIVATDOZENT G. VOSS (GREIFSWALD), PROFESSOR J. WAGNER RITTER VON JAUREGG (WIEN), PROFESSOR W. WEYGANDT (HAMBURG-FRIEDRICHSBERG)

HERAUSGEGEBEN VON

PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG

IN KÖLN A. RH.

SPEZIELLER TEIL.

4. ABTEILUNG, 1. HÄLFTE.

DEMENTIA PRAECOX ODER GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN.

VON

PROFESSOR E. BLEULER.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1911.

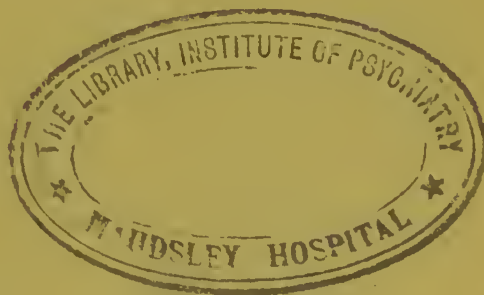
DEMENTIA PRAECOX

ODER

GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN.

VON

PROF. E. BLEULER.



LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1911.

Verlags-Nr. 1902.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn

Vorwort.

Die Kenntnis der Krankheitsgruppe, die Kraepelin unter dem Namen der Dementia praecox zusammengefaßt hat, ist zu jung, als daß man jetzt schon eine abgeschlossene Beschreibung derselben geben könnte. Alles ist noch flüssig, unfertig, vorläufig. Es wäre aber zu schleppend, überall die dadurch bedingten Vorbehalte zu machen; ich darf wohl annehmen, daß jeder Leser sie sich hinzudenken kann.

Noch eine Schwierigkeit kommt bei den psychopathologischen Kapiteln hinzu: der embryonale Zustand unserer Psychologie. Wir haben keine Ausdrücke für die neuen psychologischen Begriffe; alle Worte, die wir brauchen, können auch in anderem Sinne angewandt werden. Wer sich nicht die Mühe geben kann, sich ganz in die Ideen des Schreibenden hineinzudenken, wird die Ausdrücke anders verstehen als sie gemeint sind, und deswegen einen unrichtigen Gedankengang herauslesen. Wenn ich trotz dieser Schwierigkeit versuche, die psychologischen Zusammenhänge ein wenig zu beleuchten, so tue ich es nicht bloß deshalb, weil jedes neue Erkennen an sich Wert hat, sondern namentlich auch, weil man meines Erachtens beim jetzigen Stande unserer Wissenschaft auf diesem Wege am ehesten neue Einblicke in die Natur der Psychosen erwarten darf.

Der Sachlage entsprechend mußten die einzelnen Themen ungleich behandelt werden. Was im Prinzip für jeden Psychiater verständlich ist, durfte einfach hingestellt werden, während weniger bekannte Dinge eben eine Einführung, eine Erklärung und Stützung durch Beispiele verlangen. Es blieb mir nichts übrig, als den praktischen Zielen die ästhetischen zu opfern. — Auch Wiederholungen ließen sich nicht vermeiden, da die Kompliziertheit der Psyche die gleichen Vorgänge in die verschiedensten Zusammenhänge bringt.

Die ganze Idee der Dementia praecox stammt von Kraepelin; auch die Gruppierung und Heraushebung der einzelnen Symptome ist fast allein ihm zu verdanken. Es wäre zu schleppend, bei jeder Einzelheit seine Verdienste besonders hervorzuheben. Diese Bemerkung mag ein für allemal genügen. Ein wichtiger Teil des Versuches, die Pathologie weiter auszubauen, ist nichts als die Anwendung der Ideen Freuds auf die Dementia praecox. Ich denke, jedem Leser wird ohne weiteres klar sein, wieviel wir diesem Autor schulden, auch wenn ich dessen Namen nicht überall anführe. Zu danken habe ich ferner meinen Mit-

arbeitern im Burghölzli, ich nenne nur Riklin, Abraham, und vor allen Jung. Es ist nicht möglich, alles auseinander zu halten, was an Beobachtungen und Ideen dem einen oder dem andern von uns angehört.

Die Literatur vollständig anzuführen wäre wertlos und ist zugleich unmöglich, denn man müßte einen großen Teil der psychiatrischen Literatur zitieren, da ja z. B. fast alle systematischen Arbeiten das berühren, was jetzt die Dementia praecox-Frage genannt werden kann. Einen gewissen Wert haben nur neuere Publikationen[1]); auch davon sind viele nur insofern interessant, als sie zeigen, wie man einen so schönen Begriff falsch auffassen kann. Bei den dem Deutschen weniger zugänglichen Arbeiten habe ich meist noch auf ein bequem erreichbares Referat hingewiesen, auch dann, wenn ich das Original kenne. Unbedeutende Sachen im Original zu lesen, habe ich aber meist unnötig gefunden.

In weniger wichtigen Dingen Prioritäten zu registrieren, halte ich für eine Rücksichtslosigkeit gegen den Leser. Danach habe ich gehandelt.

Die Arbeit ist im Sommer 1908 abgeschlossen worden; doch gaben spätere Publikationen Anlaß zu Zusätzen und Änderungen.

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Nummern des Literaturverzeichnisses.

---

[1]) Und von diesen hauptsächlich deutsche, weil außerhalb Deutschlands nur wenige Autoren die Psychosen unter dem hier maßgebenden Gesichtswinkel betrachten.

Inhaltsübersicht.

II. Abschnitt.

Die Untergruppen.

III. Abschnitt.

Der Verlauf.

IV. Abschnitt.

Kombinationen der Schizophrenie mit anderen Psychosen.

V. Abschnitt.

VI. Abschnitt.

Die Diagnose.

VII. Abschnitt.

VIII. Abschnitt.

IX. Abschnitt.

Die Ursachen.

X. Abschnitt.

Die Theorie.

1. Kapitel.

2. Kapitel.

XI. Abschnitt.

Einleitung.

Historisches.

Die Beobachtung, daß eine akute Krankheit dauernde Schädigungen des betroffenen Organes hinterlassen kann, hat auf keinem Gebiete eine so große Bedeutung bekommen wie in der Psychiatrie. Die „sekundären“, unheilbaren Krankheiten füllen von jeher unsere Irrenanstalten. So wurde es zu einer der brennendsten Fragen der Psychiatrie, welche akuten Formen in unheilbare Endzustände übergehen und welche nicht. Alle bis vor kurzem aufgestellten akuten Formen der „einfachen Psychosen“ konnten sowohl heilen als sekundär werden. Endlich gelang es *Kraepelin*, bei den Krankheiten ungünstiger Prognose eine Anzahl Symptome herauszuheben, die bei anderen Gruppen fehlten. Die dadurch charakterisierten Psychosen faßte er als *Dementia praecox* zusammen. Immerhin fanden sich auch Fälle mit jenen Symptomen, die anscheinend heilten. *Es blieb aber die Erkenntnis, daß eine bestimmte Symptomengruppe die Neigung zur Verblödung anzeigte, während die akuten Krankheiten, denen diese Symptome fehlten und die man größtenteils unter dem Namen des manisch-depressiven Irreseins zusammenfassen konnte, niemals in sekundären Blödsinn ausgehen.* Damit war praktisch und theoretisch sehr viel gewonnen, indem doch eine große Anzahl von Fällen ihre sichere Prognose quoad Anfall und quoad Residuärzustand bekam.

Durch das Vorhandensein der herausgehobenen Symptomenkomplexe bleibt die große Gruppe der Dementia praecox als Einheit charakterisiert. *Kraepelins* Auffassung findet aber immer noch Widerspruch, indem sich manche, ganz abgesehen von der Vielgestaltigkeit der äußeren Bilder, nicht mit einem Krankheitsbegriff befreunden können, der sich ursprünglich auf den Verlauf zu stützen schien und doch gut und schlecht ausgehende Fälle in sich schließt. Ein genaueres Zusehen zeigt aber, daß alle diese Fälle doch viel Gemeinsames haben, und daß sie sich von den anderen Formen klar abgrenzen, was von keinem der früher aufgestellten Krankheitsbilder aus dieser Gruppe gesagt werden kann. Wenn auch der Ausgang gar nicht immer ein ausgesprochener Blödsinn ist, so lassen sich doch bei genauem Zusehen in jedem Falle mehr oder minder deutlich gemeinsame Residuärerscheinungen finden; neben der Einheit in der Symptomatologie ist also die Einheit des Ausganges gewahrt, wenn auch nicht in bezug

auf das Quantitative des Prozesses, so doch in bezug auf das Quale, d. h. die Richtung, in der der Prozeß fortschreitet. Andere Psychosen haben weder die gleiche Symptomatologie noch den gleichen Ausgang. Umgekehrt weisen alle die Psychosen, die man bisher als sekundäre zusammenfaßte, die gleichen Symptomenkomplexe auf. Die Abgrenzung dieser Gruppe ist also bei dem jetzigen Stande unseres Wissens nicht nur erlaubt, sondern geboten.

Es hat sich ferner herausgestellt, daß auch alle Verblödungsformen, die ohne ein akutes Stadium mehr oder weniger schleichend auftreten, die nämlichen Symptome haben und zu keiner Zeit von den „sekundären" Formen unterschieden werden können. Man mußte also auch diese Krankheiten, die unter verschiedenen Namen, wie „primärer Blödsinn", „verblödende Paranoia" usw., registriert worden waren, hierher zählen.

Alle Bestrebungen, die große Zahl von Fällen und von äußeren Zustandsbildern in distinkte abgrenzbare Untergruppen zu zerlegen, sind bis jetzt erfolglos geblieben.

So fassen wir unter dem Namen der Dementia praecox oder Schizophrenie eine ganze Gruppe von Krankheiten zusammen, die sich scharf von allen anderen Formen des Kraepelinschen Systems unterscheiden lassen; sie haben viele gemeinsame Symptome und eine gemeinsame Richtungsprognose; ihre Zustandsbilder aber können äußerst verschieden sein. Wenn die Aufstellung dieses Begriffes auch eine vorläufige ist, insofern als er später wird aufgelöst werden müssen (etwa in dem Sinne wie die Bakteriologie die Pneumonien in verschiedene Infektionen zerlegt hat), so halten wir doch den dadurch erreichten Fortschritt für noch größer als den der Entdeckung der Paralyse, die sich auch lange in anderen Krankheitsbildern versteckt hatte; denn die Dementia praecox-Frage greift viel mehr in die Systematik aller Psychosen ein als seinerzeit die Paralyseaufstellung; und was an systematischer Unklarheit jetzt noch übrig bleibt, das bezieht sich nicht mehr auf die Hauptmasse der vorkommenden Fälle, sondern auf Ausnahmen und auf Krankheiten, die, wie die Fieberpsychosen, dem Psychiater bis jetzt zu wenig zugänglich waren. Wir haben zum ersten Male Grenzen, über die man sich verständigen kann, und wissen nun auch, wo mit den jetzigen Mitteln Grenzen nicht gezogen werden können.

Die Entwicklung des Begriffes der Dementia praecox ist ein guter Teil der Entwicklung der theoretischen Psychiatrie überhaupt. Das eine ohne das andere läßt sich nicht beschreiben. Es ist deshalb an dieser Stelle nicht möglich, eine zusammenhängende Darstellung der Genese des Dementia praecox-Begriffes zu geben. Es sei auf die Arbeiten E. Arndts und Voisins hingewiesen. Die Wiege des Begriffes ist die fünfte Auflage von Kraepelins Psychiatrie (1896).

Natürlich hatte man schon längst gewußt, daß ein Teil der akuten Psychosen heilt und ein anderer Teil chronisch wird. Man hat auch die einfacheren Verblödungen, die ohne auffallende akute Symptomenkomplexe verlaufen, von jeher beachtet. Schon Esquirol trennte die „erworbene oder akzidentelle Idiotie" von der angeborenen. Er hat auch schon die Stereotypien beachtet. Man wußte ferner früh, daß namentlich jugendliche Leute von solchen Verblödungsprozessen befallen wurden; deshalb hat Morel den Namen der Démence précoce geschaffen. Man fand aber in dem Chaos aller äußerlich so verschiedenen zur Verblödung führenden Symptomenbilder die Einheit nicht. Ein großes Hindernis der vorurteilslosen Erkenntnis war auch der besonders um die Mitte des vorigen Jahrhunderts verbreitete Glaube, daß die Psy-

chosen — oder die eine Psychose — einen bestimmten Verlauf haben müsse, an dessen Anfang man gewöhnlich ein melancholisches Stadium setzte.

An der letzteren Vorstellung krankten auch die Kahlbaumschen Ideen, die im übrigen einen wesentlichen Fortschritt bedeuteten. Die klareren Köpfe hatten natürlich schon vor ihm gewußt, daß die alten Namen wie Melancholie, Tollheit, Manie, Delirien nur Zustandsbilder bezeichneten. Eigentliche Krankheitsbilder herauszuheben war man aber außerstande, und so behandelte man meist diese symptomatologischen Begriffe, wie wenn sie Krankheiten entsprächen. Erst Kahlbaum suchte mit bewußter Konsequenz die Erscheinungsbilder zu Krankheitsbildern zu ordnen.

Er hat 1863 in seiner „Gruppierung der psychischen Krankheiten" auf Zustände wie die Katatonie aufmerksam gemacht, aber erst im Laufe der folgenden Jahre die Krankheit unter diesem Namen genauer beschrieben und endlich 1874 in einer Monographie fixiert. Die Katatonie durchläuft nach ihm (in Anlehnung an seine Vesania typica) der Reihe nach die Stadien der Melancholie, der Manie, der Stupeszenz, der Verwirrtheit und schließlich der Demenz. Jedes einzelne dieser Stadien konnte aber fehlen, und die Krankheit konnte in jedem derselben (mit Ausnahme des letzten) heilen. Sie wurde außerdem, ähnlich wie die Paralyse, charakterisiert durch eine Anzahl von dem Autor als körperlich angesehener Symptome, die wir jetzt den katatonen Erscheinungen beizählen.

Seitdem ist der Begriff der Katatonie aus der Literatur nicht mehr verschwunden, wenn er auch viel angefeindet wurde. Er hat sich nur bei einzelnen Autoren die Anerkennung als Krankheitsbegriff erringen können; die Mehrheit der deutschen Psychiater lehnte ihn ab aus dem naheliegenden Grunde, daß eben ein typischer Verlauf im Sinne Kahlbaums eine Ausnahme bildet, und vor allem deshalb, weil der Begriff nach keiner Seite hin klare Grenzen hatte.

So hat denn auch Kahlbaum selbst die Hebephrenie, die Hecker 1871 auf seine Anregung hin beschrieb, der Katatonie angenähert und dann die ganze Gruppe durch die Beschreibung des Heboids, einer hauptsächlich auf dem Gebiete des Charakters sich äußernden leichten Form der Hebephrenie, erweitert. Schuele konnte schon früh die Katatonie eine „Hebephrenie mit zugehöriger Spannungsneurose" nennen.

Im Gegensatze zu Kahlbaum wurden von anderen die verblödenden Psychosen mit der Entartung (der Familie wie des Individuums) in Zusammenhang gebracht, nachdem schon Morel die kausale Bedeutung der Heredität hervorgehoben hatte. Defekt angelegte Hirne sollten besonders disponiert sein zu der Krankheit.

Etwas später als die Katatonie und die Hebephrenie hat dann die einfache Verblödung, die oft in der Praxis diagnostiziert, aber wenig beschrieben wurde, bessere Beachtung gefunden; so von Pick (573), 1891, dann aber besonders von Sommer (725), der drei Jahre später nicht nur eine gute Beschreibung der katatonen Zustände lieferte, sondern auch die verschiedenen Formen primärer Demenz, in denen die Hebephrenie der anderen eingeschlossen war, schilderte und dabei den Begriff in richtiger Weise erweiterte, indem er der primären Demenz die verblödenden paranoiden Formen angliederte. Allerdings hat er in seinem System die Katatonie und diese Verblödungen noch getrennt.

Im Auslande fanden Kahlbaums Aufstellungen wenig Beachtung. Auch Séglas und Chaslin, die sich zuerst mit der Katatonie eingehender beschäftigten, kamen zu dem Schlusse, daß es sich bei dem Symptomenkomplex nicht um eine eigenartige Krankheit handle. In England hat man die Sache noch später beachtet.

Im Jahre 1896 hat Kraepelin die „Verblödungspsychosen" in eine Gruppe zusammengestellt, die er als Stoffwechselerkrankungen auffassen zu müssen glaubte.

Den wieder aufgenommenen Namen der Dementia praecox gab er zunächst nur den Hebephrenen und primär dementen Formen der anderen Autoren, den der Katatonie allen Formen mit vorwiegenden katatonen Symptomen, während er unter dem Namen der Dementia paranoides noch die nicht häufigen Formen von rascher Ausbildung von Halluzinationen und konfusem Wahn bei relativ gut erhaltener äußerer Haltung und frühem Stillestehen des Prozesses beschrieb. Erst drei Jahre später faßte er mit dem Namen der Dementia praecox die ganze Verblödungsgruppe zusammen. Die Katatonie behielt ungefähr ihren Umfang; das, was vorher Dementia praecox genannt war, wurde nun zum größten Teil als Hebephrenie bezeichnet; während — und das ist der wichtigste Schritt — als paranoide Formen der Dementia praecox auch die früher sogenannte Paranoia hallucinatoria oder phantastica in den Begriff eingezogen wurden.

Seitdem ist der Umfang des Begriffes der Dementia praecox im wesentlichen gleich geblieben. Eine Entwicklung hat er nur insofern noch erfahren, als Kraepelin den zunächst stark betonten Ausgang in Verblödung ein wenig hat zurücktreten lassen, indem er es deutlicher aussprach, daß auch viele Fälle hierher gehören, die wenigstens praktisch dauernd oder doch für längere Zeit zur Heilung kommen[1]). Auch treten jetzt die katatonen Symptome, die eine Zeitlang weniger den Kraepelinschen Begriff als die Diskussion beherrschten, gegenüber den Störungen der Assoziationen und der Affektivität etwas in den Hintergrund.

Hand in Hand mit der Schöpfung der Dementia praecox ging die Ausbildung der übrigen Krankheitsbegriffe, unter denen, wie schon erwähnt, namentlich das manisch-depressive Irresein zu nennen ist. Dadurch erst bekam die Dementia praecox scharfe Gegensätze und ihre Grenzen wurden nicht mehr einseitig von innen heraus, sondern auch von außen festgelegt.

Der Name der Krankheit.

Leider konnten wir uns der unangenehmen Aufgabe nicht entziehen, einen neuen Namen für die Krankheitsgruppe zu schmieden. Der bisherige ist zu unhandlich. Man kann damit nur die Krankheit benennen, nicht aber die Kranken, und man kann kein Adjektivum bilden, das die der Krankheit zukommenden Eigenschaften bezeichnen könnte, wenn auch ein verzweifelter Kollege bereits „präkoxe Symptome" hat drucken lassen. Eine ausführliche Differentialdiagnostik ohne ein solches Wort wäre schlimm zu schreiben und noch schlimmer zu lesen.

Es gibt aber noch einen viel wichtigeren, materiellen Grund, warum es mir unausweichlich schien, neben den bisherigen Namen einen neuen zu stellen: der alte Name ist gebildet worden zu einer Zeit, da sowohl der Begriff der Dementia wie der der Präcocitas auf fast alle einbezogenen Fälle anwendbar war. Zu dem jetzigen Umfang des Krankheitsbegriffes paßt er nicht mehr, denn es handelt sich weder um lauter Kranke, die man als dement bezeichnen möchte, noch ausschließlich um frühzeitige Verblödungen.

Man sollte allerdings meinen, die ursprüngliche Bedeutung des Namens sei irrelevant, da Kraepelin in klassischer Weise ausgeführt hat, was er darunter versteht; man spricht ja auch von Melancholie, ohne sich durch die schwarze Galle stören zu lassen. Es ist keine Ehre für die Psychiatrie, daß dem gar nicht so ist. Dem „periodischen Irresein" Kraepelins hat sein Name manche Türe verschlossen, die dem „manisch-depressiven" Irresein offen war, weil es Psychiater gab, die es

[1]) Seitdem dies geschrieben, hat Kraepelin den Begriff zu Gunsten des manisch-depressiven Irreseins wieder stark eingeengt.

nicht über sich bringen konnten, eine Krankheit, die sich in einem ganzen Leben unter Umständen nur wenige Male oder nur ein einziges Mal äußerte, als eine periodische zu bezeichnen oder so bezeichnen zu hören.

Dem Ausdruck „Dementia praecox" geht es noch viel schlimmer. Es wird wohl keinen Psychiater geben, der nicht schon vielfach gehört hat, daß viele Katatonien und andere Fälle, die symptomatologisch nach Kraepelin der Dementia praecox zuzuweisen wären, doch nicht verblödet seien; folglich sei die ganze Konzeption unrichtig. Ebenso glaubt man die Sache abgetan zu haben durch den Nachweis, daß jemand nicht präcociter, sondern im späteren Alter erst verblödet sei; oder man identifiziert den Begriff der Dementia praecox mit dem des Jugendirreseins und hat dann sehr leicht nachzuweisen, daß es verschiedene Erkrankungen des Pubertätsalters gebe, daß es also unrichtig sei, diese unter einem Begriff zusammenzufassen. Am schlimmsten steht es in dieser Beziehung in England, wo, soweit ich die Diskussionen kenne, die große Mehrzahl der Psychiater sich einfach an das Wort der Dementia praecox anklammert und den Begriff derselben gar nicht kennt oder ignoriert.

So blieb nichts anderes übrig, als hier die Krankheit mit einem Namen zu bezeichnen, der weniger mißverständlich ist. Ich kenne die Schwächen des vorgeschlagenen Ausdruckes, aber ich weiß keinen besseren, und einen ganz guten zu finden, scheint mir für einen Begriff, der noch in der Wandlung begriffen ist, überhaupt nicht möglich. Ich nenne die Dementia praecox Schizophrenie, weil, wie ich zu zeigen hoffe, die Spaltung der verschiedensten psychischen Funktionen eine ihrer wichtigsten Eigenschaften ist. Der Bequemlichkeit wegen brauche ich das Wort im Singular, obschon die Gruppe wahrscheinlich mehrere Krankheiten umfaßt.

* * *

Von ähnlichen Vorstellungen gehen Zweig und Groß (278) aus; ersterer nennt sie „Dementia dissecans", letzterer „Dementia sejunctiva". Wie schon gezeigt, ist aber das Wort „Dementia" sehr ungeeignet[1]; dazu kommt beim zweiten Vorschlag, daß der Begriff der Sejunktion bei Wernicke nicht ganz in dem Sinne definiert ist, wie er sein sollte, um die Krankheit richtig zu bezeichnen, und daß er von anderen [gerade Groß und nach ihm Weber (798), S. 922] in viel unbestimmterem Sinne gefaßt wird, so daß weiteren unfruchtbaren Diskussionen wieder Tür und Tor geöffnet wären.

Paris hat die Bezeichnung „Psychose catatonique dégénérative" vorgeschlagen. Da wir den Begriff der Degeneration in diesem Zusammenhang ablehnen müssen, und die katatonen Symptome nicht wesentlich sind, können wir auch diesen Namen nicht annehmen. Zu einseitig erscheinen uns auch der von Bernstein empfohlene Name der „Dementia paratonica progressiva" oder „Paratonia progressiva" und Evensens (211) „Amblythymia" oder „Amblynoia simplex et catatonica". In allen Beziehungen unpassend ist natürlich „Adolescent Insanity" (Conaghey) und „Jugendirresein". — Wolff hat neuestens „Dysphrenie" vorgeschlagen. Der Ausdruck ist aber schon in anderem Sinne gebraucht worden, er ist so leicht verständlich und seine Bedeutung so weit, daß die Versuchung, ihm einen unpassenden Sinn unterzuschieben, zu groß wird.

---

[1] Wir können deshalb Bezeichnungen wie „Dementia primitiva" (Italiener, Sommer), „Dementia simplex" (Rieger), „Dementia apperceptiva" (Weygandt) schon aus diesem Grunde nicht aufnehmen. Ich würde auch noch Brugias „Parademontia" fürchten.

Die Definition.

Mit dem Namen der Dementia praecox oder der Schizophrenie bezeichnen wir eine Psychosengruppe, die bald chronisch, bald in Schüben verläuft, in jedem Stadium Halt machen oder zurückgehen kann, aber wohl keine volle Restitutio ad integrum erlaubt. Sie wird charakterisiert durch eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt.

In jedem Falle besteht eine mehr oder weniger deutliche *Spaltung der psychischen Funktionen*: ist die Krankheit ausgesprochen, so verliert die Persönlichkeit ihre Einheit; bald repräsentiert der, bald jener psychische Komplex die Person: die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Komplexe und Strebungen ist eine ungenügende oder geradezu fehlende; die psychischen Komplexe fließen nicht mehr wie beim Gesunden zu einem Konglomerat von Strebungen mit einheitlicher Resultante zusammen, sondern *ein* Komplex beherrscht zeitweilig die Persönlichkeit, während dessen andere Vorstellungs- oder Strebungsgruppen „abgespalten“ und ganz oder teilweise unwirksam sind. Auch die Ideen werden oft nur zum Teil gedacht und Bruchstücke von Ideen werden in unrichtiger Weise zu einer neuen Idee zusammengesetzt. Sogar die Begriffe verlieren ihre Vollständigkeit, entbehren eine oder mehrere, oft wesentliche Komponenten; ja sie werden in manchen Fällen nur durch einzelne Teilvorstellungen repräsentiert.

Die *Assoziationstätigkeit* wird also oft nur durch Bruchstücke von Ideen und Begriffen bestimmt; schon dadurch bekommt sie neben dem Inkorrekten etwas Bizarres, für den Gesunden Unerwartetes; oft auch hört sie mitten in einem Gedanken, oder wenn sie auf einen andern Gedanken übergehen sollte, plötzlich auf, wenigstens so weit sie bewußt ist (Sperrung); statt der Fortsetzung tauchen dann manchmal neue Ideen auf, die weder das Bewußtsein des Patienten selbst noch der Beobachter in Zusammenhang mit dem früheren Gedankeninhalt bringen kann.

Primäre Störungen der *Wahrnehmung*, der *Orientierung* und des *Gedächtnisses* sind nicht nachzuweisen.

Gefühlsäußerungen sind in den schwersten Fällen überhaupt nicht mehr zu bemerken. In leichteren fällt nur auf, daß die Stärkegrade der Gefühlsreaktionen auf verschiedene Erlebnisse in keinem richtigen Verhältnisse zueinander stehen, und zwar kann die Intensität von vollständig fehlender Gefühlsäußerung beim einen, Gedankenkomplex bis zur übertriebenen Affektreaktion beim andern schwanken. Auch können die Affekte qualitativ abnorm erscheinen, d. h. den intellektuellen Vorgängen inadäquat sein.

Zu den angeführten Zeichen einer „Verblödung“ treten in der Mehrzahl der Anstaltsfälle noch andere Symptome hinzu, so namentlich Halluzinationen und Wahnideen, Verwirrtheiten, Dämmerzustände, manische und melancholische Affektschwankungen, katatone Symptome. Von diesen akzessorischen Symptomen und Symptomenkomplexen tragen manche einen spezifisch schizophrenen Charakter, so daß auch sie, wenn sie vorhanden sind, zur Diagnose der Krankheit verwendet werden können. Außerhalb der Anstalten gibt es viele Schizophrene, bei denen akzessorische Syndrome zurücktreten oder ganz fehlen.

Wir zerlegen die Dementia praecox vorläufig in vier Unterformen:

1. Das Paranoid. Halluzinationen oder Wahnideen oder beide stehen dauernd im Vordergrund.

2. Die Katatonie. Katatone Symptome stehen dauernd oder doch längere Zeit im Vordergrund.

3. Die Hebephrenie. Akzessorische Symptome kommen vor, ohne anhaltend das Bild zu beherrschen.

4. Die einfache Schizophrenie. Während des ganzen Verlaufes sind nur die spezifischen Grundsymptome nachzuweisen.

Genaueres siehe im Abschnitt II.

Die theoretische Abgrenzung der Schizophrenie von den anderen Psychosengruppen ist eine sehr scharfe, wie ein Blick auf die in Betracht kommenden Symptome der anderen Krankheiten zeigt.

Die „organischen Psychosen", d. h. diejenigen, die als Ausdruck eines diffusen Schwundes der Hirnrinde zu betrachten sind (die unter den Namen der Dementia paralytica und Dementia senilis zusammengefaßten Krankheiten und in gewissem Sinne der Korsakow), haben folgende Charakteristika:

Intellektuelle Seite: Unschärfe und Langsamkeit der Wahrnehmungen: Unfähigkeit, kompliziertere Dinge vollständig zu denken (d. h. es werden nur diejenigen Assoziationen herbeigezogen, die dem momentanen Trieb entsprechen). Gedächtnisstörung, stärker für die frischeren Erlebnisse als für die älteren. Die Orientierung in Raum, Zeit und Situation stark beeinträchtigt. — Zwischengebiet: Die Aufmerksamkeit ist gestört, die habituelle meist viel stärker und früher als die maximale. — Affektivität: Alle Affekte sind erhalten und entsprechen qualitativ dem intellektuellen Inhalt. Sie sind aber „oberflächlich", meist flüchtig, nicht imstande, dauernd den Trieben eine bestimmte Richtung zu geben. — Keines dieser Symptome gehört der Dementia praecox an.

Epileptische Zustände: Intellektuelle Seite: Auffassung, wenn überhaupt alteriert, verlangsamt und unscharf. Ideenassoziationen allmählich sich einschränkend, ähnlich wie bei den organischen Psychosen, aber deutlicher egozentrisch; Gedankengang verlangsamt, häsitierend: Schwierigkeit von einem Thema loszukommen; große Neigung zu unnötigem Detail (Umständlichkeit im Reden und Handeln); Tendenz zu einer bestimmten Art Perseveration. Gedächtnisstörung spät, viel diffuser als bei den organischen Krankheiten. Amnesien aus anscheinend physischen Gründen. — Affektivität: Alle Affekte qualitativ dem intellektuellen Gedankeninhalt adäquat; aber verstärkt, und zum Unterschied von den organischen, nachhaltig, schwer ablenkbar. In einem gegebenen Moment ist die Affektivität durchaus einheitlich (epileptisches Delir!). — Motorisch: Singende häsitierende Sprache. (Die epileptischen Anfälle kommen in ganz der gleichen Weise auch bei verschiedenen anderen Krankheiten, so namentlich bei der Schizophrenie vor; charakteristisch für Epilepsie ist nicht der Anfall an sich, sondern die häufige Wiederholung während vieler Jahre und dann eben der psychische Zustand.) — Bei der Dementia praecox nichts von all diesen Symptomen.

Alle die vielen idiotischen Störungen haben gemeinsam: Beginn in früher Jugend oder intrauterin, im wesentlichen ohne Fortschreiten. Affektivität ungemein verschieden, aber prinzipiell nicht abweichend von der des Gesunden, nur scheint die Variationsbreite womöglich noch größer als bei den Normalen; keine Affekteinklemmung. Assoziationen eingeschränkt auf das intellektuell zunächstliegende. — Bei Dementia praecox andere Assoziationsstörung, typische Affektstörung.

Paranoia: Ausbildung eines aus gewissen falschen Prämissen logisch entwickelten und in seinen Teilen logisch verbundenen unerschütterlichen Wahnsystems, ohne nachweisbare Störung aller anderen Funktionen, also auch Mangel aller „Verblödungssymptome“, wenn man nicht die Kritiklosigkeit gegenüber den Wahnideen dazu rechnen will.

Bei Dementia praecox zeigen die Wahnideen selbst, wenn solche vorhanden sind, meist ganz grobe, immer aber feinere Verstöße gegen die Logik; außerdem kommen die anderen Symptome der Dementia praecox hinzu.

Alkoholismus chronicus: Intellektuell: Rascher, oberflächlicher Gedankenablauf mit starkem Bedürfnis zur Abrundung der Ideen, namentlich in kausaler Beziehung. Im Speziellen lebhaftes Empfinden aller persönlichen Antastungen mit beständiger Bereitschaft von Ausreden. — Die Affektivität schlägt auf alles an, rasch entflammt, Strohfeuer, labil. Dementsprechend Aufmerksamkeit auf das Momentane gerichtet, ohne Ausdauer. In späteren Stadien oft Zeichen organischer Störung (Hirnatrophie). — Also überall das Gegenteil der Schizophrenie. (Doch sind Kombinationen beider Krankheiten sehr häufig!)

Delirium tremens: Bestimmte Art der Halluzinationen. Charakteristischer deliriöser Bewußtseinszustand mit Weckbarkeit. Variable, aber in jedem Moment einheitliche Affektivität mit Grundstimmung des „Galgenhumors“.

Alkoholwahnsinn: Siehe den Abschnitt V.

Amentia: Die Kraepelinsche Amentia hat eine charakteristische Störung der Wahrnehmung und Auffassung. Es gibt aber auch andere Formen, die noch nicht beschrieben sind.

Die Fieberpsychosen können nicht kurz charakterisiert werden, weil sie noch gar nicht studiert sind.

Manisch-depressive Formen: Erklärbarkeit alles Wesentlichen im Krankheitsbilde durch eine ganz allgemeine Erhöhung oder Depression des psychischen Tonus in bezug auf Affektivität, Assoziationen und Motilität (krankhafte Euphorie, Ideenflucht, Beschäftigungsdrang auf der einen Seite, Depression, Denkhemmung, allgemeine motorische Hemmung auf der andern Seite). Fehlen der spezifischen Zeichen der übrigen Krankheitsgruppen, so auch der Verblödung im Sinne der Schizophrenie. (Was man beim manisch-depressiven Irresein etwa Verblödung nennt, ist affektive Inkontinenz oder depressive Denkhemmung oder hinzukommende hirnatrophische Demenz.) — Bei der Dementia praecox sind die positiven Symptome des manisch-depressiven Irreseins nicht selten; sie sind aber kompliziert durch die spezifischen Symptome der Dementia praecox.

Hysterie (wie bei der Dementia praecox): Psychogene Erklärbarkeit der wesentlichen Symptome und namentlich auch des Verlaufes aus Übertreibungen von an bestimmte Vorstellungen geknüpften Affekten. Dagegen: Fehlen von Verblödung und eigentlich schizophrenen Zeichen. Bei Dementia praecox kommen hysterische Symptome in Menge vor, erscheinen aber meist schizophren gefärbt, karikiert und werden gemischt mit den spezifischen Symptomen dieser Krankheit.

Von den beiden letzteren Krankheiten, manisch-depressivem Irresein und Hysterie, und in gewissem Sinne vielleicht auch von der Paranoia kennen wir also bis jetzt nur Symptome, die bei Dementia praecox auch vorkommen können. Der Unterschied zwischen diesen Psychosen und der Dementia praecox besteht nur in einem Plus auf Seite der Dementia praecox. Alle anderen psychotischen Zustände haben ihre spezifischen Symptome, die bei der Dementia praecox nicht vorkommen.

I. Abschnitt.

Die Symptomatologie.

Einleitung.

Einzelne Symptome der Schizophrenie sind zu jeder Zeit und in jedem Falle vorhanden, wenn sie auch wie jedes andere Krankheitssymptom einen gewissen Grad erreicht haben müssen, um überhaupt mit Sicherheit erkannt zu werden. Natürlich reden wir hier nur von den großen Symptomenkomplexen als Ganzen. Immer vorhanden ist z. B. die eigenartige Assoziationsstörung, nicht aber jede Teilerscheinung derselben. Die Assoziationsanomalie wird bald mehr in Sperrungen, bald in Zerklüftung der Ideen, bald in irgend welchen anderen schizophrenen Erscheinungen manifest.

Neben diesen spezifischen Dauersymptomen oder Grundsymptomen finden wir ein Heer von anderen mehr akzessorischen Erscheinungen, die wie die Wahnideen, Halluzinationen und die katatonen Symptome zeitweise oder sogar während des ganzen Verlaufes eines Krankheitsfalles fehlen können, während sie andere Male allein und anhaltend die Erscheinungsweise bestimmen.

Die Grundsymptome sind, soviel wir bis jetzt wissen, für die Schizophrenie charakteristisch, während die akzessorischen Symptome auch bei anderen Krankheiten vorkommen können. Doch findet man auch hier bei genauerem Zusehen oft Eigentümlichkeiten der Genese oder der Erscheinung eines Symptoms, die nur bei der Schizophrenie zu finden sind; und es ist zu erwarten, daß man nach und nach das charakteristische in einer großen Zahl dieser akzessorischen Symptome erkennen wird.

Der Beschreibung der Symptome können natürlich nur ausgesprochene Fälle zugrunde gelegt werden. Es ist aber sehr wichtig zu wissen, daß es alle Übergänge zum Normalen gibt, und daß die leichten Fälle, die latenten Schizophrenien mit wenig ausgesprochenen Symptomen, viel zahlreicher sind als die manifesten. Ferner darf man bei den großen Schwankungen im schizophrenen Krankheitsbilde nicht darauf rechnen, in jedem Moment jedes Symptom nachweisen zu können.

1. Kapitel.

Die Grundsymptome.

Die Grundsymptome werden gebildet durch die schizophrene Störung der Assoziationen und der Affektivität, durch eine Neigung, die eigene Phantasie über die Wirklichkeit zu stellen und sich von der letzteren abzuschließen (Autismus). Man kann ferner dazuzählen das Fehlen der Symptome, die bei gewissen anderen Krankheiten eine große Rolle spielen, z. B. der primären Störungen der Wahrnehmung, der Orientierung, des Gedächtnisses usw.

A. Die einfachen Funktionen.

a) Die alterierten einfachen Funktionen.

α) Die Assoziationen.

Überblick.

Die Assoziationen verlieren ihren Zusammenhang. Von den tausend Fäden, die unsere Gedanken leiten, unterbricht die Krankheit in unregelmäßiger Weise da und dort bald einzelne, bald mehrere, bald einen großen Teil. Dadurch wird das Denkresultat ungewöhnlich und oft logisch falsch. Ferner schlagen die Assoziationen neue Bahnen ein, von denen uns bis jetzt folgende bekannt sind: Zwei zufällig zusammentreffende Ideen werden miteinander in einen Gedanken verbunden, wobei die logische Form der Verknüpfung durch die Umstände bestimmt wird. Klangassoziationen bekommen eine ungewohnte Bedeutung; ebenso die mittelbaren Assoziationen. Zwei oder mehrere Ideen werden in eine verdichtet. Die Neigung zu Stereotypierung bewirkt, daß der Gedankengang an einer Idee hängen bleibt, oder daß der Kranke immer wieder auf die gleichen Ideen zurückkommt. Überhaupt besteht häufig Ideenarmut bis zu Monoideismus; oft beherrscht eine irgendwie aufgefaßte Idee den Gedankengang in Form der Bannung, des Benennens, der Echopraxie. Die Ablenkbarkeit ist in den verschiedenen schizophrenen Zuständen nicht in einheitlicher Weise gestört. Sind die schizophrenen Assoziationsstörungen hochgradig, so führen sie zu Verwirrtheit.

In bezug auf den zeitlichen Ablauf der Assoziationen kennen wir nur zwei speziell der Schizophrenie angehörende Störungen, das Gedankendrängen, d. h. ein pathologisch vermehrtes Zufließen von Gedanken, und dann die besonders charakteristische Sperrung.

* * *

Ein junger Schizophrene, der erst paranoid oder hebephren erschien und einige Jahre später schwer katatonisch wurde, schrieb spontan folgendes:

Die Blütezeit für Hortikultur.

Zur Zeit deß Neumondes steht venuß am Augusthimmel Aegyptens und erleuchtet mit seinen Lichtstrahlen, die Kauffahrteihäfen, Suez, Kairo und Alexandria.

in dieser historisch berühmten Kalifenstadt, findet sich das Museum assyrischer Denkmäler von Makedonien. Dort gedeihen neben Pisang Maiskolunen, Hafer, Klee und Gerste auch. Baananen, Feigen, Citronen, Orangen und Oliven. Das Olivenöl ist eine arabische Liqueur Sauce, mit welcher die Afghanen Mauren und Moslemiten die Straußenzucht betreiben. Der indische Pisang ist der Whiyski des Parsen und Arabers. Der Parse oder Kaukasier besitzt genau so viel Beeinflußungskraft auf seinen Elephanten wie der Maure auf sein Dromedar. Das Kameel ist der Sport des Juden und indier. In indien gedeiht vorzüglich Gerste, Reis und Zuckerstock das heißt Artischoc. Die Brahmanen leben in Kasten auf Beladschistan. Die Tscherkessen bewohnen die Mandschurei von China. China ist das Eldorado deß Pawnees."

Ein Hebephrene, der, seit mehr als 15 Jahren krank, immer noch arbeitsfähig ist und voller Wünsche steckt, gab mir auf die Frage: Wer war Epaminondas? mündlich[1]) folgende Antwort:

„Epaminondas war einer, der namentlich zu Wasser und zu Lande mächtig war. Er hat große Flottenmanöver und offene Seeschlachten gegen Pelopidas geführt, war aber im Zweiten punischen Krieg aufs Haupt geschlagen worden durch das Scheitern einer Panzerfregatte. Er ist mit Schiffen von Athen nach dem Hain Mamre gewandert, hat kaledonische Trauben und Granatäpfel hingebracht und Beduinen überwunden. Die Akropolis hat er mit Kanonenbooten belagert und ließ die persische Besatzung als lebende Fackeln verbrennen. Der nachherige Papst Gregor VII. — äh — Nero folgte seinem Beispiel, und durch ihn wurden alle Athener, alle romanisch-germanisch-keltischen Geschlechter, die den Priestern gegenüber keine günstige Stellung einnahmen, durch den Druiden verbrannt am Fronleichnamstag dem Sonnengott Baal. Das ist die Periode der Steinzeit. Speerspitzen aus Bronze."

Die beiden Leistungen zeigen mittlere Grade der schizophrenen Assoziationsstörung. Sie stammen von Patienten mit diametral verschiedenem Verhalten und sind doch verblüffend gleichartig. Unter den Determinanten ihrer Assoziationsrichtung fehlt die wichtigste, die Zielvorstellung. Der eine scheint über orientalische Gärten schreiben zu wollen, ein sonderbarer Einfall für einen Kommis, der nie über die Grenzen seines kleinen Vaterlandes hinausgekommen ist und seit einigen Jahren in der Anstalt herumsitzt; der andere hält sich zwar formell an die gestellte Frage, redet aber faktisch gar nicht von Epaminondas, sondern von einem viel weiteren Begriffskreis.

Die Gedanken werden also hier durch eine Art Oberbegriff, nicht aber durch eine Richtungs- oder Zielvorstellung zusammengehalten. So sieht es aus, als ob man Begriffe einer bestimmten Kategorie — beim ersten auf den Orient bezügliches, beim zweiten Tatsachen aus der alten Geschichte — in einen Topf geworfen und durcheinander gerüttelt hätte, und nun nach Belieben des Zufalles die einzelnen herausgriffe, sie durch grammatische Formen und einige Hilfsvorstellungen miteinander verbindend. Immerhin haben manche nacheinander folgenden Begriffe wieder ein gemeinsames, etwas engeres Band, das aber doch viel zu locker ist, um eine logisch brauchbare Verbindung darzustellen (Flottenmanöver — Seeschlacht — Panzerfregatte; Akropolis — per-

[1]) Für die Theorie des assoziativen Denkens muß der Umstand, daß die Eigentümlichkeiten eines Ideenganges sich meist ganz gleich im mündlichen wie im schriftlichen Ausdruck zeigen, von noch unerkannter Wichtigkeit sein.

sische Besatzung — verbrennen — lebende Fackeln — Nero; Priester — Druide — Fronleichnamstag — Sonnengott Baal usw.).

Bei der Analyse der Assoziationsstörungen ist es nötig, sich klar zu machen, was für Einflüsse überhaupt unsere Gedanken leiten. Durch Assoziationen bloß nach Gewohnheit, Ähnlichkeit, Subordination, Kausalität usw. kann natürlich kein fruchtbarer Gedankengang entstehen; erst die Zielvorstellung formt Begriffsreihen zu Gedanken. Was man aber Zielvorstellung nennt, ist nicht eine Einheit, sondern eine unendlich komplizierte Hierarchie von Vorstellungen. Bei Ausarbeitung eines Themas ist das nächste Ziel die Formulierung des Teilgedankens, den wir gerade fixieren wollen und für den im allgemeinen der Satz, den wir eben schreiben, das Symbol sein wird. Ein weiteres, allgemeineres Ziel liegt etwa im Absatz; dieser ordnet sich einem Abschnitt unter usw., usw. Im Gedanken des arbeitenden Bauers darf nie fehlen das Hauptziel, die möglichste Fertilisation seines Bodens, mag auch diese Vorstellung im gegebenen Moment im Bewußtsein noch so sehr zurücktreten; sie bestimmt seine Assoziationen; denn könnte man ihm beweisen, daß das, was er gerade tut, nicht jenem Hauptzweck dient, er ließe es sofort sein. Der Hauptzielvorstellung ordnen sich eine Menge Nebenziele unter: rüstet er sich zu einer bestimmten Zeit zum Säen, so muß er sich abfinden mit anderen Geschäften, die damit kollidieren können, mit Essen, Schlafen, mit Wetter und Tageszeit. Auch alle die einzelnen Handlungen, aus denen sich der Säakt zusammensetzt, Samen zurichten, aufs Feld gehen, Samen auswerfen, haben wieder ihre Spezialziele. Die Vorstellungen dieser Ziele sowie die des Zusammenhanges derselben müssen beständig sein Tun (also zunächst seine Assoziationen) beeinflussen.

Nicht nur die Zielvorstellungen, sondern auch die als einfach geltenden Begriffe, mit denen wir gewöhnlich operieren, sind zusammengesetzt aus mannigfaltigen Komponenten, die je nach dem Zusammenhang wechseln: der Begriff Wasser ist ein ganz anderer, je nachdem er gebraucht wird in bezug auf Chemie, Physiologie, Schiffahrt, Landschaft, Überschwemmung oder als Kraftspender usw. Jeder dieser Spezialbegriffe wird durch ganz andere Fäden mit den übrigen Ideen verbunden; kein Gesunder denkt an das Kristallwasser, wenn ihm das Wasser sein Haus fortschwemmt, niemand an die Tragfähigkeit desselben für Schiffe, wenn er sich damit den Durst stillen will.

Natürlich ist sogar der engste Begriff „Wasser“ wiederum zusammengesetzt aus Vorstellungen wie: flüssig, verdampfbar, feucht, kalt, farblos usw.; auch von diesen Teilvorstellungen stehen beim normalen Menschen immer nur diejenigen im Vordergrund, die zum Zusammenhang gehören; die anderen existieren nur potentia oder treten wenigstens so zurück, daß wir ihren Einfluß gar nicht nachweisen können.

So bestimmen nicht einzelne Kräfte, sondern eine fast unendliche Menge von Einflüssen die Richtung unserer Assoziationen.

Alle die hier angedeuteten Assoziationsfäden können im Gedankengang der Schizophrenie einzeln oder in beliebigen Kombinationen wirkungslos bleiben. Einige weitere Beispiele mögen das erläutern:

Liebe Mamma!

Heute befinde ich mich besser als gestern. Es ist mir eigentlich gar nicht um's schreiben. Ich schreibe dir aber doch sehr gern. Ich kann ja zweimal d'ran machen. Ich hätte mich gestern, am Sonntag, so sehr gefreut, wenn Du und Luise und ich in den Park hätten gehen dürfen. Von der Stephansburg hat man eine so schöne Aussicht. Es ist eigentlich sehr schön im Burghölzli. Luise hat auf den letzten zwei Briefen, ich will sagen auf — den Couverts, nein Briefumschlägen, die ich erhalten

habe, geschrieben, Burghölzli. Ich habe aber wo ich das Datum hingesetzt, Burghölzli geschrieben. Es gibt auch Patienten im Burghölzli die sagen Hölzliburg. Andere reden von einer Fabrik. Man kann es auch für eine Kuranstalt halten.

Ich schreibe auf Papier. Die Feder die ich dazu benütze, ist von einer Fabrik die heißt Perry u. Co. Die Fabrik ist in England. Ich nehme das an. Hinter dem Namen Perry Co. ist die Stadt London eingekritzt; aber nicht die Stadt. Die Stadt London liegt in England. Ich weiß das aus der Schule. Da habe ich immer gern Geographie gehabt. Mein letzter Lehrer darin war Professor August A. Das ist ein Mann mit schwarzen Augen. Ich habe die schwarzen Augen auch gern. Es gibt noch blaue und graue Augen, auch noch andere. Ich habe schon gehört sagen, die Schlange habe grüne Augen. Alle Menschen haben Augen. Es gibt auch solche, die blind sind. Die Blinden werden dann von einem Knaben am Arm geführt. Es muß sehr schrecklich sein nichts zu sehen. Es gibt auch Leute, die nichts sehen und noch dazu solche, die nichts hören. Aber ich kenne auch einige, die hören zu viel. Man kann zu viel hören. Man kann auch zu viel sehen. Im Burghölzli hat es viele Kranke. Man sagt ihnen Patienten. Einer hat mir gut gefallen. Er heißt E. Sch. Der lehrte mich: Im Burghölzli giebts viererlei, Patienten, Insassen, Wärter. — Dann hats noch solche die gar nicht hier sind. Es sind alles merkwürdige Leute...."

Ein nicht schizophrener Briefschreiber würde berichten, was an der Umgebung auf sein Befinden Einfluß hat, was ihn irgendwie angenehm oder unangenehm berührt, oder dann, was den Adressaten interessieren kann. Hier fehlt ein solches Ziel: das Gemeinsame aller Ideen besteht darin, daß sie an des Patienten Umgebung anknüpfen, nicht aber, daß sie Beziehungen zu ihm haben. Insofern ist also der Gedankengang noch zerfahrener als der der „Hortikultur" und des „Epaminondas". Dafür ist er geordneter in bezug auf die Details. Während diese dort nur ausnahmsweise und in kleinen Gruppen zusammenhängen, finden wir hier nirgends einen Sprung. Die „Assoziationsgesetze" behalten in dieser Beziehung ihre Geltung. Im Experiment, wo die Zielvorstellung ausgeschlossen ist, würden die meisten dieser Assoziationen sogar als vollwertig gelten müssen: London — Geographieunterricht — Geographielehrer — dessen schwarze Augen — graue Augen — grüne Schlangenaugen — Menschenaugen — Blinde — Handleiter — schreckliches Los usw. — Sind aber auch die ausgedrückten Ideen fast alle richtig, so ist das Schreiben doch bedeutungslos. Patient hatte das Ziel, zu schreiben, aber nicht, *etwas* zu schreiben.

Eine Hebephrene will unter einen Brief wie gewöhnlich ihren Namen setzen: „B. Graf." Sie schreibt Gra; da kommt ihr ein anderes Wort, das mit Gr anfängt, in den Sinn; sie korrigiert das a in ein o, setzt ss hinzu und wiederholt dann das Wort „Gross" noch zweimal. Von der ganzen Vorstellungsmasse, die der Unterschrift zugrunde liegt, ist bei der Kranken auf einmal alles wirkungslos geworden mit Ausnahme der Buchstaben Gr. — So können sich die Patienten in die unbedeutendsten Nebenassoziationen verlieren, und es kommt nicht zur Entwicklung eines einheitlichen Gedankenganges. Man hat das Symptom auch *Vorbeidenken* genannt.

Ein Patient antwortet auf die Frage: Was war Ihr Vater? „Johann Friedrich". Daß es sich um den Vater handelt, hat er begriffen, die Frage nach dem Beruf aber hat keinen Einfluß auf die Antwort, dafür beantwortet er die nicht gestellte Frage nach dem Namen. Wenn man in solchen Fällen näher prüft, so stellt sich meist heraus, daß die Kranken die Frage als solche erfaßt, aber sich die dazu gehörige Vorstellung nicht ausgebaut haben.

Ein Hebephrene verlangt von der Regierung seine Entlassung aus der Anstalt in folgender Form: „Sie sind eingeladen, meine Enthaftung vorzunehmen und die

Publikation mit Tagblattinseraten vom Mai 1905 vorzunehmen, anderfalls sind Sie aus Ihrem Amte entlassen auf Grund meiner traditionellen Rechte.

Bis zu den Neuwahlen wollen Sie die Geschäfte weiter führen.

Hochachtend..."

Der Mann, der früher im Stadtrat gesessen, hat im übrigen gar nicht die Wahnidee, daß er der Regierung befehlen oder sie gar absetzen könne; nur während er das schreibt, fehlt in seinem Denken alles, was momentan nicht zu dieser Vorstellung stimmt.

Ein Hebephrene schreibt: „Bewundernswert ist das Gebirge, das sich in den Schwellungen des Sauerstoffes zeichnet." Es handelte sich um die Beschreibung eines Spazierganges, zu der der chemische Begriff nicht paßt. Offenbar hat ihm etwas von der „gesunden Luft" vorgeschwebt, denn gleich im folgenden Satz spricht Patient scheinbar ganz abrupt von seiner Gesundheit. — Ähnliches Beispiel: Haben Sie Kummer? „Nein." Ist es Ihnen schwer? „Ja, Eisen ist schwer." Schwer wird auf einmal im physikalischen Sinne gefaßt.

Es wird der Tisch neben einem Patienten weggenommen. Er sagt: „Lebet wohl, ich bin Christus," lehnt zurück wie ein Sterbender und neigt das Haupt. Patient hält sich sonst nicht für Jesus. Die Teilvorstellung, daß etwas von uns wegkommt, haben wir beim Abschied eines Menschen wie beim Wegnehmen eines Tisches. Für den Normalen sind die Unterschiede der beiden Vorgänge gewaltig; auf die Assoziationen des Patienten hat aber nur das Tertium comparationis des Wegkommens Einfluß, eine Vorstellung, die für den vorliegenden Fall gar nicht paßt. Das Abschiednehmen — wohl in Verbindung mit dem Bild des Tisches — erregt bei ihm die Vorstellung Jesus; die enormen Unterschiede zwischen dem Abschied Jesu und dem Abschied des Patienten von seinem Tisch kommen bei der Assoziation nicht zur Geltung. Es tritt aber nicht nur die Assoziation Jesus auf, sondern die minime Ähnlichkeit in der Situation des Patienten mit der Situation Christi genügt, um den Patienten und Christus für eine kurze Zeit zu identifizieren. Aber auch hier sind wieder eine Reihe von Vorstellungen ausgefallen, die den Abschied Jesu von den Jüngern und den am Kreuz unterscheiden. (Die weiteren konstellierenden Momente, die speziell die Idee Jesus auftauchen ließen, konnten in diesem Fall nicht nachgewiesen werden.)

Wo die zerrissenen Assoziationsfäden mehr nebensächlicher Natur sind, werden die Assoziationen nicht gerade unsinnig; sie erscheinen aber fremdartig, bizarr, verschoben, auch wenn sie in der Hauptsache richtig sind. Wenn z. B. Brutus „ein Italiener" genannt wird, so ist alles richtig, bis auf das mit diesem Volksnamen angedeutete Zeitverhältnis, ungewöhnlich aber, daß der genauere Begriff „Römer" durch den allgemeinen des Italieners ersetzt wird. Der Verfasser der Blütezeit für Hortikultur antwortete auf die Frage: „Wo liegt Ägypten?" „zwischen Assyrien und dem Kongostaat". In dieser inhaltlich richtigen Antwort ist die Lagebestimmung durch ein afrikanisches und ein asiatisches Land ungewohnt, noch mehr die Verbindung eines der ältesten mit dem modernsten Staate. In bezug auf Ort wie auf Zeit sind Begriffsbestandteile unwirksam geworden, die sonst niemals fehlen. — Beim Experiment assoziiert eine Patientin auf Herz „Faden", weil zwei Herzen wie durch einen Faden verbunden seien; eine andere (Zürcherin) auf Nadel — „der Pinie". Ein Hebephrene nennt Heu „ein Unterhaltungsmittel der Kühe". Der Schluß eines Briefes lautet: „Bitte grüße mir auch meine übrigen Geschwister, Schwägerinnen und euere Kinder. Nicht nur der Zorn und die Strafe Gottes, sondern auch die

Liebe Gottes und die Gnade unseres Herrn Jesu Christ sei mit uns allen, auch mit Dir und Du kommst zu mir" („Du kommst zu mir" ist im Original plötzlich im Dialekt). Hier lassen sich alle Übergänge von einer Idee auf die andere aus den Umständen und den die Patientin beherrschenden Gefühlen sehr leicht erklären; jeder Satz drückt einen Gedanken aus, den die Patientin ganz wohl am Schlusse ihres Briefes sagen kann; er ist auch mit dem vorhergehenden verständlich verbunden; und dennoch klingt alles so bizarr, daß man gar nicht daran denken könnte, es einer manischen Ideenflucht zuzuschreiben, geschweige einem gesunden Denken.

In manchen Fällen reißen alle Fäden des Gedankenganges; werden dann nicht neue Bahnen eingeschlagen, so haben wir den Stupor oder die Sperrung. Häufig aber geht der Patient mit der größten Selbstverständlichkeit von einem verlassenen Gedanken zu einem ganz andersartigen über, der keine assoziative Verbindung mit dem vorhergehenden erkennen läßt.

In dem folgenden Bruchstück einer „Lebensbeschreibung" sind die Sprünge durch // bezeichnet; ein Teil derselben läßt sich durch Anknüpfung an die Umgebung (Ablenkung) erklären, aber nicht alle.

„Man muß eben zur rechten Zeit aufgestanden sein, dann gibt es auch den dazu nötigen „Appetit". L'appetit vient en mangeant," sagt der Franzose. — // Mit der Zeit und mit den Jahren wird der Mensch im öffentlichen Leben so bequem, daß er nicht einmal mehr imstande ist, zu schreiben. — Auf einen solchen Bogen Papier bringt man sehr viele Buchstaben, wenn man richtig aufpaßt, daß man nicht einen „Quadratschuh" darüber hinauskommt. // Bei solch prächtigem Wetter sollte man können spazieren im Walde. Selbstverständlich nicht allein, sondern mit Avec![1]) // Am Ende eines Jahres wird immer ein Jahresabschluß gemacht. — // Die Sonne steht erst jetzt am Himmel und es ist noch nicht mehr als 10 Uhr. — Auch im Burghölzli? — ? Das weiß ich ja nicht, denn ich habe keine Uhr bei mir wie früher! — Après le manger „On va p..."! Es gibt auch Unterhaltungen genug für solche Leute, welche nicht in diese Irrenheilanstalt gehören und nie gehörten. Denn „Unfug" zu treiben mit „menschlichem Fleisch" ist in der „Schweiz' nicht erlaubt!! // — La foi das Heu, L'herb das Gras, morder = beißen etc. etc. eteetera usw. und so weiter! — R... K... — Aus Zürich kommt jedenfalls sehr viel „Waare" in's Burghölzli, sonst müßten wir nicht im „Bette" bleiben, bis es diesem und jenem „gefällig" ist zu „sagen" **wer daran schuld hat, daß man nicht mehr in's Freie kann.** ○ ⇳ // **1000 Zentner** // Anhängung an die Eicheln!!!

A. les Eschèlles. d'un homme, qui ne peut plus aller au pièg. — XII Vous connaissez ça? En „Allemagne: Die Eicheln und das heißt auf französisch: Au Maltrâitage". — // TABAK. (Ich habe dir so schön gesehen.) // Wenn auf jede Linie etwas geschrieben ist, so ist es recht. „Jetzt ischt albi elfi[2]) grad. Der Andere. — // Hü, Hü, Hüst umme nö hä?! — // Zuchthäuslerverein: Burghölzli. — // Ischt nanig à près le Manger!? — !?! — Meine Frau war eine vermögliche gewesen."

Im gewöhnlichen Sprechen und Schreiben ist dieses eigenartige Zerreißen der Assoziationsfäden meist vermischt mit anderen Störungen, so daß es schwer ist, reine Beispiele zu finden. In akuten Zuständen kann die Anomalie so weit gehen, daß man nur ausnahmsweise einen Gedanken durch mehrere Glieder

---

[1]) D. h. mit einem Mädchen (übliche Redensart).

[2]) = „halb elf" in Aussprache der Italiener.

zu verfolgen vermag, man spricht dann von „Dissoziativem Denken“ (Ziehen 842) und „Inkohärenz“ und muß das äußere Krankheitsbild als „Verwirrtheit“ bezeichnen. Manchmal allerdings ist nur die Ausdrucksweise eine unklare, so daß man immer noch logische Übergänge wenigstens vermuten darf; man kann dann nie mit Sicherheit sagen, ob bei einer abnormen Verbindung gänzlicher Abbruch des Gedankenganges stattgefunden habe; so im folgenden (nachstenographiert):

„Schweizerstolz will verdient sein. Salü K..., ich bin die Nonne, wenns genügt, bist du noch sein. Das ist ein braver Reitersmann, nehmt ihn nur zum Manne an. Karoline du weißt ja, bist du mein Herrgott, so warst du nur ein Traum. Bist du's Taubenhaus, ist der Frau K. immer noch Angst. // Ich bin sonst nicht so exakt im Essen. Trag der Brühe sorg. // Wo hast den Pinsel. Hermann wo bist du? Hermann, Altorf, Anna, Walder, oder Z. H. Lokomotivheizer geben, in deinen Armen schlaf ich süß. // Hier ist's Burghölzli. // Ida bist du Mexikaner worden, du scheinst mir sehr belesen zu sein. Jetzt ist es eine Seite, ein Ritter vom Burghölzli, dann habens ein Seefest oder bringen sonst einen Fackelzug. Das verlorene Kind hat einen Ziegelkopf. Wo bleiben die Herren des heiligen Festes. Das ist die Quelle des Lebens.“

Alle die angeführten Störungen können vom Maximum, das einer vollständigen Verwirrtheit entspricht, bis auf nahezu Null schwanken. Nicht jede Gedankenverbindung bei einem Schizophrenen hat diesen Charakter; aber während in schweren Fällen die falschen Assoziationen geradezu dominieren, kann bei „geheilter“ oder latenter Dementia praecox nur eine geduldige und anhaltende Beobachtung einzelne solcher Denkfehler aufdecken.

Am deutlichsten wird das Neuauftauchen von Ideen beim Fragen und Antworten und dann beim Assoziationsexperiment, wo der Patient auf ein genanntes Wort sofort zu sagen hat, was ihm einfällt: Ein Kranker starrt eine Kerze an und gibt auf die Frage, was er denn sehe, den Bescheid: „Dort ist eine Kerze; ewig Licht: // Barbara v. R. in S. // Etwas rechts hinten. Barben eben ja, die gibt es im Rhein.“ — Auf die Aufforderung zur Arbeit zu gehen, kann man die Antwort bekommen: „Was lassen Sie's fallen? // Die Sonne steht am Himmel. // Was lassen Sie's fallen?“ (Es hat niemand was fallen lassen.) — Abgesehen von den mit // markierten Gedankensprüngen knüpft schon der erste Satz gar nicht an die Aufforderung an. Es ist dies etwas ganz Gewöhnliches; das auf eine Frage Erwiderte ist oft nur formell eine Antwort, hat aber inhaltlich mit dem Gefragten gar nichts zu tun.

Eine Patientin, die bei den Hausgeschäften helfen sollte, wird gefragt, warum sie nicht arbeite; die Antwort: „Ich kann ja nicht französisch“ hat weder mit der Frage noch mit der Situation überhaupt einen logischen Zusammenhang.

Einer arbeitsfähigen, sich ganz gut benehmenden Patientin, die auf das Experiment eingeht, wird zur Prüfung des stereognostischen Sinnes ein Schlüssel in die Hand gegeben; auf die Frage, was das sei, bekommt man die Antwort: „ein Gemeinderat“.

Im Experiment wird auf Tinte assoziiert: „Tintenfleck; // das wollen wir doch erben“.

Manchmal wird die Lücke durch grammatische Formen überbrückt, so daß ein Zusammenhang vorgetäuscht wird; verschiedene Ideen, die gar nicht

zusammengehören, werden in einen Satz verbunden, analog wie in dem obigen Beispiel „ich kann ja nicht französisch" nur die Form, nicht aber der Inhalt eine Antwort gibt.

„Das ist die Uhr von dem kleinen Juden in betreff im Daniel" wird statt eines Grußes erwidert. In der oben erwähnten Lebensbeschreibung heißt es: „Aus Zürich kommt jedenfalls sehr viel Ware ins Burghölzli, sonst müßten wir nicht im Bette bleiben...." Die neue Idee des Imbettebleibens wird der Form nach als Beweis für das Vorhergehende angeführt.

Das Bisherige läßt sich zusammenfassen:

Aus den zahllosen aktuellen und latenten Vorstellungen, deren resultierende Wirkungen beim normalen Ideengang jede einzelne Assoziation bestimmen, können bei der Schizophrenie in scheinbar regelloser Weise einzelne oder ganze Kombinationen wirkungslos bleiben. Dafür können Vorstellungen zur Wirkung kommen, die keinen oder einen ganz ungenügenden Zusammenhang mit der Hauptidee haben und somit vom Gedankengang ausgeschlossen sein sollten. Dadurch wird das Denken zerfahren, bizarr, unrichtig, abrupt. Manchmal versagen alle Fäden, der Gedankengang wird ganz unterbrochen; nach dieser „Sperrung" können Ideen auftauchen, die keinen erkennbaren Zusammenhang mit den früheren haben.

Höchstens in gewissen Stuporfällen aber mag das Denken ganz aufhören. Gewöhnlich steigen, auch wenn die Fäden abgebrochen sind, sofort oder nach kurzer Zeit neue Ideen auf, deren Zusammenhang mit den früheren oft nicht zu finden ist.

Das Auftauchen einer Idee ohne jeden Zusammenhang mit dem bisherigen Gedankengang oder mit einer von außen kommenden Empfindung ist aber trotz Swoboda etwas der normalen Psychologie so Fremdes, daß man verpflichtet ist, auch bei den scheinbar entferntesten Einfällen Kranker einen Assoziationsweg von vorhergehenden Gedanken oder von einer Wahrnehmung aus zu suchen. Hierbei kann man zwar nicht in allen Fällen die Verbindung nachweisen, aber doch in so vielen, daß es möglich wird, einige Hauptrichtungen zu nennen, in denen die Entgleisung stattfindet.

Auch da, wo nur ein Teil der Assoziationsfäden unterbrochen ist, kommen statt der logischen Direktiven andere Einflüsse zur Geltung, die sich unter normalen Umständen nicht bemerkbar machen. So weit wir bis jetzt wissen, sind es meist die nämlichen Direktiven, die auch nach dem völligen Abreißen des Gedankens die neue Anknüpfung bedingen: Verbindungen zufällig angeregter Gedanken, Verdichtungen, Assoziationen nach Wortklang, mittelbare Assoziationen und zu langes Haftenbleiben von Ideen (Stereotypierung). Alle diese Gedankenverbindungen sind auch der normalen Psyche nicht fremd; sie kommen aber daselbst nur ausnahmsweise und nebensächlich vor, während sie bei der Schizophrenie bis zur Karikatur übertrieben werden und oft den Gedankengang geradezu beherrschen.

Am häufigsten beobachtet man, daß zwei Ideen ohne inneren Zusammenhang, die den Patienten gleichzeitig beschäftigen, einfach verbunden werden. Wie die logische Form der Verbindung sei, hängt

von den begleitenden Umständen ab: Frägt man etwas, so gibt der Patient eine Idee, die er gerade hat, als Antwort; sucht er einen Grund, so werden die Ideen kausal verbunden. Hat er ein krankhaft übertriebenes Selbstbewußtsein, oder fühlt er sich umgekehrt benachteiligt, so bezieht er die neue Idee im Sinne dieser affektbetonten Komplexe direkt auf sein Ich.

So nennt ein Kranker einen abgebildeten Kamm „Waschzeug", weil ein Waschbecken daneben gezeichnet ist; einen Käfer einen „Käfervogel", weil ihm vorher ein Vogel gezeigt worden ist.

Warum haben Sie solange nicht gesprochen? „Aus Ärger." — Worüber? „Man will aufs Klosett und sucht Papier und hat keines." (Abraham.) Hier dient der erste beste Gedanke als Begründung. — Die Frau eines schizophrenen Lehrers hat einen Schlüssel verloren; am nämlichen Tage hat ein Dr. N. die Schule besucht; also hat Dr. N. Beziehungen zu des Lehrers Frau.

Es ist etwas ganz Gewöhnliches, daß uns die Patienten Antworten geben, die nur irgend einen zufälligen Gedanken aufgreifen. So ist es denn auch selbstverständlich, daß sie sich alle Augenblicke widersprechen, wenn man ihnen die Frage mehrfach stellt.

Dawsons Hebephrene, der sich ins Wasser gestürzt hatte, motivierte diese Tat zu verschiedenen Zeiten mit folgenden Gründen: er glaube nicht an eine Zukunft und erwarte nicht, besser zu werden; er gehöre zur unteren Menschenklasse und müsse Platz für die obere machen; er sei vergiftet worden; er habe es aus religiöser Depression getan.

Manchmal werden die zwei Gedanken durch äußere Umstände oder durch den Gedankengang direkt gegeben:

Wie geht es Ihnen? „Schlecht" (mit lachendem Gesicht). Sie sehen ja gut aus; gut geht es Ihnen (dabei klopfe ich der Patientin auf den Rücken). „Nein, ich habe Schmerzen im Rücken" (auf die geklopfte Stelle zeigend). — Warum lachen Sie? „Weil Sie die Kommode ausräumen." — Sie haben ja vorher schon gelacht. — „Weil die Sachen noch d'rin waren." —

Am häufigsten geschieht die Anknüpfung an diejenigen Dinge, die den Patienten gerade gemütlich beschäftigen.

Es ist etwas Alltägliches, daß die Kranken schmieren oder Kleider zerreißen, „weil man sie nicht nach Hause gehen läßt". — Ein Kranker assoziiert auf Schiff: „Der Herrgott ist das Schiff der Wüste"; vorn setzt er an das gegebene Wort den Herrgott an, das im Vordergrund seines pathologischen religiösen Interesses steht und bei ihm auch sonst oft auftaucht; hinten kam die Wortergänzung in ganz anderem Gedankengang. — Auf „Holz" wurde von einem Mädchen assoziiert: „daß mein Cousin Max wieder lebendig wird"; die Kranke benutzt den Teilbegriff „Holzsarg", der in ihrer unglücklichen Liebe eine Rolle spielt, um das Reizwort mit dem Komplex zu verbinden. — Der nach oben strebende **Boßhard von Oerlikon** ist **Bonaparte von Orléans**, wie ihm sein Name sagt. Wie diese Beispiele zeigen, spielt diese Art Assoziation eines zufälligen Eindruckes mit einem bestehenden Komplex[1]) eine große Rolle bei der Entstehung der Wahnideen.

[1]) Komplex: Abgekürzter Ausdruck für Komplex von Vorstellungen, der so stark affektbesetzt ist, daß er die psychischen Vorgänge (andauernd) inhaltlich beeinflußt. Die normale Einwirkung des Affektes auf die Assoziationen bringt es mit sich, daß der Komplex schon beim Gesunden eine gewisse Neigung hat sich abzugrenzen, eine Art Selbständigkeit zu erlangen; er wird ein resistenteres Gebilde innerhalb der wechselnden Vortstellungsmasse.

Häufig sind ferner Assoziationen nach dem Wortklang; Kopf — Tropf; Frosch — rost — rostig; sauber — Tauber — (wilder — böser — starker — Kerl); geschlagen — betrogen — betroffen — beklagen. Solche Verbindungen gleichen zwar den Klangassoziationen bei Ideenflucht; doch wäre schon Frosch — Rost für einen Manischen auffallend, ein Produkt wie „betrogen — betroffen" oder „Diamant — Dynamo" recht selten; der Gleichklang ist denn doch zu gering. Noch ungewöhnlicher kommen uns vor: Pauline — Baum — Raum; See — Säuhund; Tinte — Gige (= Geige), Nadel — Nase. Bei Tinte — Gige wird der Gleichklang von Gesunden kaum empfunden, das i in Tinte ist kurz und hat einen anderen Klang als das lange i in Gige. Wird aber assoziiert „schon — ein Paar Schuhe" und gleich darauf: „Krieg — das ist die Schönheit", so wird niemand, der nur die manischen und die normalen Assoziationen kennt, in der bloßen Assonanz die Verbindung zwischen Schuh und Schönheit suchen. Und doch haben uns viele Hunderte von solchen Zusammenstellungen mit Sicherheit belehrt, daß die Gleichheit, ja die Ähnlichkeit eines einzigen Lautes genügt, um die Richtung der Assoziationen mitzubestimmen.

Auch die Klangassoziationen haben häufig den schizophrenen Charakter des Bizarren.

So sagte uns eine Patientin, Kalender sei Felsenverkauf, weil die Felsen kahl seien. Man spricht in Gegenwart einer Katatonischen vom Fischmarkt. Sie jammert: „Ja, ich bin auch so ein Haifisch." Sie benutzt eine ganz sonderbare und für jeden andern wachen Menschen als einen Schizophrenen unmögliche Klangassoziation „Fischmarkt — Haifisch" um auszudrücken, daß sie etwas ganz Schlechtes sei, dabei die ganze Unmöglichkeit dieser Identifikation ignorierend.

Anderes Beispiel von Klangassoziation beim freien Gedankengang: Der Arzt hatte einer Hebephrenen, die ganz arbeitsfähig ist und sich auch außerhalb der Anstalt gut bewegen kann, Vorwürfe gemacht, weil sie schlechte Ordnung in ihrem Zimmer hielt, und bekam die Antwort: „Ich will kein italienisches Geld." Auf die Frage, was das heißen solle, sagte sie: „Sou ist doch italienisches Geld oder französisches; ich bin nicht Surberli (eine Angestellte, die bei dem Begriff ‚Ordnung halten' kaum in Betracht kommen kann) und die Frau Suter ist überhaupt gestorben." Die Patientin hatte bei dem Vorwurf bewußt oder unbewußt an das für solche Fälle unter weniger Gebildeten übliche, aber vom Arzt nicht gebrauchte Wort „Saurordnung" (ausgesprochen Sou... oder Su...) gedacht; damit sind die Worte — und Begriffe — Sou, Surberli und Suter teilweise determiniert, während die negative Form des Satzes ausdrückt, daß Patientin nicht als unordentlich gelten wolle (Riklin). — Eine Patientin variierte die seit 30 Jahren bei ihr bestehende stereotype Redensart: „es ist mir nicht wohl", indem sie für „wohl" verschiedene Dialektausdrücke und schließlich das englische „well" einsetzte. Aus dem letzten Wort wurde eines Tages „es ist mir nicht Velo" (= Fahrrad).

Natürlich kann eine Klangähnlichkeit niemals allein eine Assoziation bestimmen. Wenn auf „schon" „Schuh" und dann „Schönheit" assoziiert wird, so liegt in der Assonanz nur eine von vielen Determinanten. Es gibt noch Hunderte von Worten, die mit Sch anfangen; warum sind gerade Schuh und Schönheit aufgetaucht?

Bei „Tinte — Geige" kennen wir einen der übrigen mitbestimmenden Umstände: Der Patient hat sexuelle Gedanken, die sich in manchen Assoziationen sehr unverblümt ausdrücken. (Geige wird in unserem Dialekt fast

nur im obszönen Sinn, kaum je für das Musikinstrument gebraucht.) Der nämliche Einfluß ist noch bei vielen Assoziationen des gleichen Patienten und ebenso bei vielen Produkten anderer Kranker nachzuweisen; denn klangliche und sexuelle Direktiven sind gerade bei Schizophrenen so häufig, daß sie auch oft kombiniert zu finden sein müssen. So antwortet eine Kranke auf: „Bitte, sagen Sie doch . . . . .": „ein Bidet habe ich nicht nötig" (d und t werden in unserem Dialekt scharf unterschieden). — Sehr häufig ist das Verhören von Worten im Sinne eines Komplexes, z. B. des Verfolgungswahnes.

Zwei Einflüsse bestimmen aber eine Assoziation noch lange nicht eindeutig. Es gibt gewiß noch recht viele Wörter, die sowohl Gleichklänge in dem hier in Frage kommenden allerweitesten Sinne, wie auch eine sexuelle Bedeutung haben. Die Auswahl muß dann noch durch andere Verhältnisse mitbestimmt werden, die uns aber meist entgehen.

Ziemlich gleichwertig den Klangassoziationen sind die einfachen Fortsetzungen von gewohnten Redensarten, die bei Schizophrenen ganz deplaciert auftreten können. So fing eine Patientin, die im Begriffe war von einem Spaziergang mit ihrer Familie zu berichten, an, die Familienglieder aufzuzählen: „Vater, Sohn", fuhr dann aber fort „und heiliger Geist", dem sie dann noch die „heilige Jungfrau" anfügte, indem sie durch das Zitat auch begrifflich abgelenkt worden war.

Nicht prinzipiell verschieden von den zufälligen Assoziationsverbindungen sind die Verdichtungen, d. h. Zusammenziehungen von mehreren Ideen in eine einzige.

Dieser Vorgang wirkte mit bei der Bildung des oben erwähnten Gedankens „der Herrgott ist das Schiff der Wüste", indem zwei ganz verschiedene und verschiedenen Ideenkomplexen angehörige Dinge in einen Gedanken zusammengezogen wurden. Ein Katatoniker assoziierte auf Segel „Dampfsegel", zusammengesetzt aus den beiden sich aufdrängenden Assoziationen „Dampfschiff" und „Segelschiff". An der Bildung von Wahnideen und Symbolen ist die Verdichtung in hervorragendem Maße beteiligt, auch ist sie die Ursache einer Menge von Wortbildungen: „trauram" für „traurig" und „grausam"; „schwankelhaft" zusammengesetzt aus Bruchstücken der drei Worte „wankelmütig", „schwankend", „nicht standhaft".

In den experimentellen Untersuchungen sind die mittelbaren Assoziationen auffallend häufig; ich vermute, es ist nur ein Beobachtungsmangel, daß wir sie im gewöhnlichen Gedankengang der Kranken noch recht wenig nachgewiesen haben.

Die früher erwähnte Assoziation „Holz (Holzsarg) — toter Cousin" kann auch als mittelbare aufgefaßt werden. Sicher sind „See — Geist" über „Seele"; „Stengel — Wädenswil" über „Engel", ein Gasthof in Wädenswil, der für das Gefühlsleben der Patientin wichtig geworden ist; „Herz — Tannenbaum" über „Harz"; „Kochen — Schwindsucht" über „Koch — Tuberkulin". Man zeigt einer Katatonika einen Schlüssel mit der Frage: „Was ist das?" Sie antwortet prompt: „Das ist die weiße Schüssel", diese Assoziation kann wohl nur über „Schlüssel" gegangen sein.

Auch bei Leseversuchen an der Trommel hat Reis (S. 617) mittelbare Assoziationen gefunden in dem Sinne, daß statt Krieg „Zank", statt Vieh „Pferd" gelesen wird. Der primäre Sinneseindruck kommt hier gar nicht zum Bewußtsein, bedingt aber doch eine neue Assoziation. — Auch Groß macht darauf aufmerksam,

daß die Patienten manchmal auf eine eindeutige Frage statt der Antwort eine Assoziation zu dieser Antwort geben. [In Stransky (748), S. 1077.]

Nicht selten wird die Neigung zu Stereotypierung eine weitere Ursache zu Entgleisungen. Die Kranken bleiben an den gleichen Ideenkreisen, den gleichen Worten, den gleichen Satzformen hängen oder kommen ohne logischen Grund immer wieder darauf zurück. Busch fand bei Auffassungsversuchen in einzelnen Fällen zahlreiche falsche Angaben, die vorhergehende Reize wiederholten.

Beim Assoziationsexperiment knüpfen die Patienten oft an das frühere Reiz- oder Reaktionswort an: „Stern — das ist der beste Segenswunsch; Streicheln — das ist die Vollkommenheit; großartig — den Willen; Kind — der Gottheit; dunkelrot — Himmel und Erde." Durch das Wort Stern ist eine religiöse Idee wachgerufen worden, die nun ganz unbekümmert um die verschiedenen Reizworte in den unmittelbar folgenden Reaktionen weiter gesponnen wird. In den ersten beiden Antworten zeigt sich zugleich noch die Stereotypie der Form, die in den meisten Assoziationen dieses Kranken sich nachweisen läßt und zu Gebilden führt, wie „Katze — die Katze ist eine Maus": an das Reizwort wird „Maus" assoziiert, aber in durch vorhergehende Assoziationen gegebener Form des Prädikativs.

Die Stereotypien können sich für lange fixieren. In einzelnen wenigen Fällen sahen wir, daß z. B. nach vier Wochen auf $40^0/_0$ der Reizworte wieder gleich reagiert wurde, wie das erste Mal; eine Patientin reagierte auf „so" mit dem unverständlichen „das ist ein Kanal"; es stellte sich heraus, daß sie an einem vorhergehenden Tage auf „See" mit dem gleichen Satz reagiert hatte. Die nämliche Patientin assoziierte: „Rechnen — das ist essen" und später „Recht — das ist viel essen" — auch hier wieder die gleiche Anknüpfung an ein klanglich ähnliches Wort.

In den pseudo-ideenflüchtigen Äußerungen akut verwirrter Schizophrenen ist das beständige Zurückkommen auf früher Gesagtes etwas ganz Gewöhnliches.

Die Neigung zum Stereotypwerden in Verbindung mit dem Mangel eines Zieles im Denken führt auf der einen Seite zum „Klebedenken", zu einer Art Perseveration, auf der andern zu einer Verarmung des Denkens überhaupt. — Die Kranken reden dann immer nur vom gleichen Thema (Monoideismus) und sind nicht fähig, auf etwas anderes einzugehen. (Vgl. die experimentellen Assoziationen am Ende des Abschnittes.)

Im Zusammenhange mit der Ziellosigkeit und der Stereotypierung der Ideen mag es auch stehen, daß die Kranken oft dazu kommen, nichts mehr wirklich zu Ende zu denken; ein sinnloses Ausassoziieren ersetzt das Denken. Ein Hebephrene kam von den Begriffen „Liebe" und „haben" nicht mehr los und assoziierte spontan während langer Zeit Reihen wie die folgende: „Liebe, Diebe, Gabe, Dame, haben, Liebe, Diebe, Gaben, Dame, haben, Liebe, Diebe, zurückgenommen, zurückgenommen, zurückgenommen, zurückgenommen, haben . . . . . ."

Auf diese Weise kommen die Patienten oft in Aufzählungen hinein, die meist wieder deutlich den Charakter der schizophrenen Assoziationsstörung haben. Eine Patientin schrieb: „Der Himmel steht nicht nur über dem Pfarrhaus in Wil, sondern auch über Amerika, Südafrika, Mexiko, Mc. Kinley, Australien."

Gelegentlich wird auch eine bestimmte Idee durch Ausassoziieren von allen möglichen Seiten beleuchtet: „Ich wünsche Euch daher ein gutes glückliches freudenreiches, gesundes, gesegnetes und obstreiches Jahr und noch viele folgende gute Weinjahre, sowie gesunde und gute Erdäpfeljahr sowie Sauerkohl und Spitzkohl und gute Kürbis und Kernenjahr. Ein gutes Eierjahr und auch ein gutes Käsejahr“ usw. usw. — Ein Patient, dessen Tochter katholisch geworden, schreibt ihr, der Rosenkranz sei „eine Gebetsvervielfachung, und diese ist wiederum ein Vervielfachungsgebet, und ein solches ist nichts anderes als eine Gebetsmühle, und eine solche ist eine Mühlengebetsmaschine, und eine solche ist wiederum eine Gebetsmaschinenmüllerei“ usw. zwei Folioseiten durch.

Im Assoziationsexperiment kommt es nicht selten vor, daß die Kranken anfangen, alles das zu nennen, was sie gerade sehen, so daß sie z. B. auf die verschiedensten Reizworte alle Möbel eines Zimmers der Reihe nach nennen, und zwar auch dann, wenn sie von der Vorstellung loskommen wollen und das Experiment ganz begriffen haben.

Dieses Symptom hat eine äußerliche und gewiß manchmal auch eine innere Ähnlichkeit mit dem, was Sommer als Nennen und Abtasten[1]) bezeichnet. Bei manchen Patienten, namentlich bei etwas benommenen, besteht die einzige erkennbare Assoziation an von außen gegebene Eindrücke im Nennen des Eindruckes: „Spiegel“, „Tisch“; oder der Eindruck wird durch den Satz bezeichnet: „Das ist ein Barometer. Das ist die Gasleitung. Das sind Mäntel[2]).“ Das „Nennen“ kommt nicht nur bei optischen Eindrücken vor; ich fasse z. B. eine Patientin bei der Hand, sie sagt: „la mano“ (sie ist Deutsche); oder aufgefordert, irgend etwas zu tun, bezeichnet sie es auch durch ein Stichwort: „in den Garten“; „auskleiden“. In ganz ähnlicher Weise benennen oft die Halluzinationen der Kranken das, was sie tun: „jetzt setzt er sich“; „jetzt will er schreiben“; „jetzt schreibt er“. Der Übergang von den Briefen, die einfach aufzählen, was um die Kranken ist und um sie geschieht, bis hinab zu diesem Benennen ist ein ganz flüssiger; und auch der obige Patient, der berichtet, was auf der Stahlfeder steht, ist nicht weit von den nennenden Kranken entfernt; hierher gehört es auch, wenn ein Patient, der jemanden mit einer Laterne kommen sieht, bemerkt: „ich konstatiere, daß das eine Laterne ist“. Gemeinsam ist eben die Anknüpfung an einen Sinneseindruck bei Mangel einer Zielvorstellung; die Patienten knüpfen an alle möglichen von außen oder innen gegebenen Ideen weitere an; woran sie anknüpfen und in welcher Richtung, das ist oft, wie gerade bei unserem Briefschreiber, wechselnd, wird also in bezug auf die Assoziationstätigkeit vom Zufall bestimmt.

Ganz ähnlich ist auch das ebenfalls von v. Leupoldt beschriebene „Abtasten[3])“, das darin besteht, daß die Kranken den Konturen der erreichbaren Gegenstände nachfahren. Statt der Gegenstandbezeichnung wird in solchen Fällen die entsprechende Gleitbewegung assoziiert.

---

[1]) Manche Autoren zählen diese Erscheinungen zu den motorischen Anomalien; Kleist z. B. unter dem Namen der „Kurzschlußakte“.

[2]) Warum v. Leupoldt (413) dabei von einem Zwange spricht, obschon er selbst sagt, es sei kein Zwang „in engerem Sinne“, verstehe ich nicht. Ebensowenig wird es für alle Fälle stimmen, wenn er einen Mangel in der Fähigkeit, Komplexe aufzufassen, als Grundlage der Erscheinung annimmt. Sein eigener Patient faßte das Bild der Einweihung eines Denkmals „im ganzen“ als einen Festzug auf.

[3]) Hypermetamorphotische Bewegungen Wernikes.

Wenn der irgendwie gegebene Begriff ein motorischer ist, so kann die einzige erkennbare Assoziation die sein, daß die entsprechende Idee ausgeführt wird; der Patient macht nach, was er sieht und hört; „Echopraxie und Echolalie“ (vgl. Befehlsautomatie). Prinzipiell kann ich die Erscheinungen des Benennens und der Echopraxie nicht ganz voneinander trennen. Alle Vorstellungen haben eine motorische Komponente; bei Handlungen, die man vor seinen Augen ausgeführt sieht, bei Worten, die man ausgesprochen hört, ist diese Komponente schon beim Gesunden eine oft sehr deutliche. Wenn kein Grund ist, andere Assoziationen herbeizuziehen, so ist es sehr begreiflich, daß diese Komponente nicht unterdrückt wird. Wir zählen deshalb hierher auch Vorkommnisse wie das folgende: Ein Patient hat eine Türfüllung herausgeschlagen; ein anderer kriecht nun beständig durch das Loch hinaus und herein, ohne selbst zu wissen, warum.

Bekommen so bei der „Fesselung durch den optischen Eindruck“ unter Umständen die Sinneswahrnehmungen ein pathologisches Übergewicht, so kann umgekehrt der Patient unter anderen Umständen die Außenwelt vollständig ignorieren. Zwischen diesen Extremen gibt es alle Übergänge. Die Ablenkbarkeit[1]) ist bei der Schizophrenie, soweit die Assoziationen in Betracht kommen, nicht prinzipiell in einer bestimmten Richtung verändert; sie ist hier die Resultante vieler primärer Vorgänge, unter denen einer der wichtigsten ist die aktive Abschließung der Patienten von der Außenwelt. Die Kranken scheinen bald ganz von den äußeren Eindrücken abhängig zu sein und gar keine eigene Direktive zu besitzen, so wenn das Symptom des Nennens das Bild beherrscht; bald aber sind sie in keiner Weise ablenkbar; die stärksten Reize vermögen nicht, ihren Ideengang zu beeinflussen oder die Aufmerksamkeit zu erregen.

Das Gros der chronischen Fälle zeigt beim gewöhnlichen Verhalten in dieser Richtung wenig Auffallendes; die Leute sind bei ihrer Beschäftigung; wenn etwas Besonderes geschieht, so sehen sie auf, gerade wie Gesunde und beschäftigen sich mit dem neuen Ereignis, soweit es sie interessiert. Wenn sie reden, so kann man sie unterbrechen. Oft aber, namentlich in allen schwereren Fällen ist die Ablenkbarkeit vermindert. Sommer (724) hat das auch experimentell nachgewiesen, indem er bei starkem Lärm von den Patienten die gleichen Rechenresultate erhielt wie sonst. Sind die Schizophrenen im Affekt, besonders im Zorn, dann zeigt sich regelmäßig eine Störung der Ablenkbarkeit. Einwände werden gar nicht beachtet oder nur im Sinne ihres Gedankenganges verstanden und geben oft nur neues Material zu ihren Ergüssen. Auch durch Veränderung der Umstände lassen sich die Kranken wenig beeinflussen, so lange sie im Eifer sind. Es ist ja etwas Gewöhnliches, daß ein schimpfender Schizophrene, den man verläßt, einfach weiter schimpft, unbekümmert darum, daß niemand mehr da ist, der ihn hört, oder wenigstens niemand, an den er seine Suade richten kann.

Ein Mangel an Ablenkbarkeit wird oft durch die Interesselosigkeit der Kranken vorgetäuscht. Da sie sich um nichts kümmern, kann sie auch nichts in ihrem Verhalten beeinflussen. Man kann aber bei den gleichen Kranken

---

[1]) Vigilität der Aufmerksamkeit (Ziehen).

nachweisen, daß sie ganz gut auffassen, was um sie geschieht, auch wenn sie aktiv gar keine Aufmerksamkeit darauf wenden (vgl. unter Aufmerksamkeit).

In gewissen akuten Zuständen ist die Ablenkbarkeit meist erheblich reduziert, oft bis auf Null.

* * *

An den meisten Erzeugnissen von Schwerkranken kann man die verschiedenen Eigentümlichkeiten des schizophrenen Gedankenganges zu gleicher Zeit finden.

„Ich bin noch nie in Hamburg, noch nie in Lübeck, nie in Bern gewesen, ich habe den Professor Hilty noch nie gesehen; ich bin noch nie an der Universität Basel gewesen, ich habe noch nie den Luther gesehen, noch nie den Lütter (vulgärer Ausdruck für Diarrhöe) gehabt, aber ich habe schon alle Bundesräte gesehen, ich gehe zum General Herzog, ich will dem Aas schon zeigen . . .“

Hier hat sich die negative Form durch sieben Gedanken hindurch erhalten. Die Ortsaufzählung ist nicht systematisch geordnet. Von Lübeck nach Bern ist ein unvermittelter Sprung[1]); der letztere Name erinnert den Patienten an einen Professor an der Universität Bern; dieser vermittelt den Übergang zur „Universität Basel“. Diese spielt in der Reformationsgeschichte eine Rolle, daher die Assoziation „Luther“. Dieser folgt nun die ganz unsinnige Klangassoziation „Lütter“, bei der aber die Änderung des Verbums zeigt, daß der Patient das darunter denkt, was das Wort gewöhnlich sagt (Diarrhöe). Die „Bundesräte“ hängen wieder an dem früheren Begriff Bern; von ihnen aus ist es nicht ganz unlogisch, wenn auch unter den gegebenen Umständen ganz absonderlich, an den längst verstorbenen General Herzog zu denken; an diesen knüpft sich der unsinnige Einfall, daß Patient zu ihm gehen wolle. Der Begriff „General“ ist verbunden mit der Vorstellung „Macht“ oder etwas Ähnlichem; wohl deshalb folgt nun das ganz sinnlose: „ich will dem Aas schon zeigen . . .“ indem die Machtvorstellung auf einem der üblichen Wege an den Patienten selbst assoziiert wird, der sich nun auf einmal stärker fühlt als der General.

In dem folgenden Brief läßt sich der Ideengang meist nicht mehr analysieren; es kommt uns alles als ein unzusammenhängendes „verwirrtes“ Geschwätz vor. Genaue Kenntnis der gefühlsbetonten Komplexe der Kranken würde uns allerdings manches erklären lassen.

Burghölzli, 20 igsten Nov. 1905.

Werthe Familie Fridöri und Familie Graf odern Ohren Schmidli!

Hier im Schmiedtenhaus gehts nicht gut. Hier ist nicht Kirche, Pfarrhaus auch nicht Armenhaus sondern hier ist das ganze Jahr Schall, Kollder, Brumberen = Sonnen = Himmelschall; Mancher große und kleine Landwirth, Humel, Surbeck, Armtrunk aus Thalweil, Adlisweil, von Albis von Sulz, von Seen, von Rorbach, von Rorbas hat sein Haus verlassen, ist nicht mehr zurückgekommen, entaucht so ein Metzgerknecht, Siegrist, Bauer Vorsängers, auch ein Meier Gutsverwalter, Messner Jakob, ält, jüngere Schweizersoldaten, auch Ernst, vom Ernst, der sich 2 Finger abgehauen hat im Jahr 1900igsten Monat August, sowie sein Vater Konrad und Frau sind verschieden. Denn die Seidenhaspelmänner und Frauen haben die Versuchung täglich, Besuche umzubringen, weils so lange warten, bis Patienten herausballgen, gute Milch habens auch da nicht, hollen, Wärterinnen sind auch nicht anders Närrinnen Kappselerinnen, die einem Herz durchbohren, ist genug an Strikern von Unterröcken,

---

[1]) Vielleicht über das klangähnliche Bremen?

Unterleibchen, Strümpfen, des Tages, müssen noch des Nachts Unruhe schaffen den Himmeln und Erdengästen....

— —

Auch einen Gruß an Alle, die noch leben.

Anna.

Die Meinigen sind nicht mehr.

Wen doch Direktion Foreli sind umgekommen, wenn nur Am Bühl König uns auf einem Wagen heimführte, da die Bahn ja nur schadet, wenn die Biene von Wyl Hüntwangen bis Neuhausen umgehen würde, die Bahnwagen in eine Kiesgrube werfen und zudeken mit Erde. Weiberherzlein richtet nicht viel aus. Männerherz ist doch stärker."

Die höheren Grade der schizophrenen Assoziationsstörung führen also zu vollständiger Verwirrtheit.

Verwirrtheit darf man nicht als ein Symptom sui generis ansehen; sie ist das Resultat der verschiedensten psychischen Elementarstörungen, die einen so hohen Grad erreicht haben, daß für den Patienten oder den Zuschauer oder für beide der Zusammenhang verloren geht. Die manische Ideenflucht, die wir strikte von der schizophrenen Störung des Ideenganges trennen müssen, führt ebenfalls, wenn sie hochgradig ist, zur Verwirrtheit; sogar die melancholische Hemmung kann dazu führen, wenn die Langsamkeit des Ideenablaufes und der Mangel an Anknüpfungsfähigkeit die Orientierung und das Ausdenken einer komplizierten Vorstellung verunmöglicht. Auch die Halluzinationen können zu einem Bilde führen, das wir als Verwirrtheit bezeichnen, wenn sie sich mit den wirklichen Wahrnehmungen mischen und so Konfusion in das Weltbild bringen[1]).

So ist bei der Schizophrenie die Verwirrtheit bald eine Folge des Auseinanderfallens der Ideen, bald die der Sperrungen mit neu auftauchenden Ideen, bald die der Unterdrückung einzelner Assoziationsdeterminanten mit Einschlagen von Nebenassoziationen, dann wieder Folge des „Gedankendrängens" (siehe unten) oder wirklicher Ideenflucht oder der Halluzinationen oder auch mehrerer dieser Faktoren zusammen.

Der Verlauf der Assoziationen.

Über die zeitlichen Verhältnisse des schizophrenen Assoziationsverlaufes wissen wir noch so viel wie nichts. Es ist möglich, daß sie nichts Charakteristisches haben. Natürlich haben wir bei interkurrenten manischen Zuständen „beschleunigten" Ablauf im Sinne der Ideenflucht, bei Depression Verlangsamung; wir dürfen ferner annehmen, daß bei gewissen Stuporzuständen, die als Ausdruck von Exazerbationen des schizophrenen Gehirnprozesses selbst angesehen werden dürfen, die Assoziationen verlangsamt seien; bei allen diesen Dingen handelt es sich aber nicht um dauernde Zustände, sondern um Episoden oder gar Komplikationen.

Bloß das Gedankendrängen dauert oft jahrelang, wenn es auch bei ganz abgelaufenen Fällen kaum zu beobachten ist. Manche Patienten beklagen sich, daß sie zu viel denken müssen, da ihre Ideen sich in ihrem Kopf jagen. Sie reden selber von „Gedankenfluß", weil sie nichts festhalten können,

[1]) Ich sehe hier ab von den Zuständen, bei denen die Halluzinationen und Illusionen selbst ein Durcheinander produzieren, das dann natürlich nichts anderes ist als der Ausdruck der verwirrten Assoziationen, die den Halluzinationen zugrunde liegen.

von „Gedankendrängen“, „Gedankensammeln“, weil ihnen zu viel auf einmal einfällt. Manchmal allerdings ist die Auskunft über das viele Denken so, daß der Beobachter eher den Eindruck bekommt, trotz der gegenteiligen subjektiven Empfindung denke der Kranke eher zu wenig. Immerhin ist es sicher, daß sich bei manchen Kranken die Ideen in pathologischer Weise drängen. Die Patienten haben dann die Empfindung eines Zwanges; sie meinen oft, daß man sie so denken mache; sie beklagen sich über die daraus entstehende Ermüdung; fehlt das Gefühl des Zwanges, so glauben sie etwa, damit eine große Arbeit zu leisten. Das Gedankendrängen scheint äußerlich im Gegensatz zu stehen zu den gleich zu beschreibenden Sperrungen, dem Gedankenstillstand. Häufig beobachten wir aber beide Erscheinungen nebeneinander; einer unserer gebildeten Patienten zeichnete eine Linie, diesseits derselben sei ein „zwangsmäßiges Drängen von verschiedenen Ideen“, jenseits „einfach nichts“.

Der Inhalt dieses Gedankendrängens ist der nämliche, wie der des übrigen schizophrenen Denkens. Ein Theologe lachte eine ganze Nacht durch, weil ihm immer „ethymologische Witze“ in den Sinn kamen: „Ich bin ein Witz — ein Nichts — ein Nietzsche.“ Am besten beschrieb das Phänomen die intelligente Patientin Forels (299). Man beachte auch, wie ihr das Zurückkommen auf frühere Ideen selbst auffiel.

„In meinem Kopf lief wie ein Uhrwerk eine zwingende, quälend ununterbrochene Kette von Ideen ihren unaufhaltsamen Gang. Sie waren natürlich nicht scharf ausgeprägt, deutlich ausgebildet, sondern in den wunderlichsten Assoziationen knüpfte sich Einfall an Einfall, doch immerhin in einem gewissen Zusammenhang von Glied zu Glied, und es war so weit System darin, daß ich z. B. immer je Licht- und Schattenseite der Dinge, Menschen, Taten, Aussprüche, die mir einfielen, unterscheiden mußte. Was haben sich nicht für Vorstellungen in meinem Kopf getummelt, welche komische Ideenassoziationen sich ergeben! Auf gewisse Begriffe, gewisse Vorstellungen kam ich dann immer wieder zurück, die mir aber kaum mehr alle gegenwärtig sind, z. B. Droit de France! Tamins! Barbera! Rohan! Sie bildeten gleichsam Etappen in jener Gedankenjagd, und ich sprach dann sozusagen in einem Losungswort den Begriff, bei dem die rastlosen Gedanken gerade angekommen waren, rasch aus. Besonders auch bei gewissen Abschnitten meines täglichen Lebens, wie beim Hereinkommen in den Saal, wenn die Zellentür geöffnet wurde, wenn's zum Essen ging, wenn jemand auf mich zukam usw., gleichsam, um den Faden nicht zu verlieren oder doch einen gewissen Halt zu erfassen in den tollen, mir über den Kopf gewachsenen Gedankenfolgen.“

Das auffälligste im Formellen des schizophrenen Gedankenablaufes sind die Sperrungen. Die Assoziationstätigkeit steht manchmal plötzlich ganz still; wenn sie wieder einsetzt, tauchen meist Ideen auf, die mit den vorhergehenden in keinem oder nur ungenügendem Zusammenhang stehen.

Man spricht mit einem Patienten; im zeitlichen Ideenablauf bemerkt man zunächst nichts Abnormes; Rede und Gegenrede folgen sich wie bei jedem normalen Gespräch. Auf einmal mitten im Satz oder beim Übergang auf eine neue Idee stockt der Patient und kommt nicht mehr weiter. Oft kann er das Hindernis nach einem wiederholten Anlauf überwinden; ein anderes Mal gelingt es ihm nur in einer neuen Richtung weiter zu denken; manchmal auch wird die Sperrung für längere Zeit unüberwindlich, und in diesem Falle kann sie sich auf

die ganze Psyche ausdehnen, der Patient bleibt stumm und bewegungslos und auch mehr oder weniger gedankenlos.

Der von Kraepelin geschaffene Begriff der Sperrung ist von fundamentaler Bedeutung für die Symptomatologie und die Erkennung der Schizophrenie; wir begegnen ihm auch bei der Motilität, dem Handeln, beim Erinnern und sogar bei den Wahrnehmungen wieder. Die Sperrung ist prinzipiell verschieden von der Hemmung, einem gewöhnlichen Begleitsymptom der stärkeren gemütlichen Depressionen aller Art: gehemmtes Denken und Handeln geht langsam und schwer unter abnorm großem Aufwand von psychischer Energie von statten. Das Psychokym bewegt sich wie eine viskose Flüssigkeit in einem Röhrensystem; dieses ist aber überall passierbar. Bei der Sperrung wird eine sich leicht bewegende Flüssigkeit plötzlich gehemmt, indem da oder dort ein Hahn geschlossen wird. Oder vergleichen wir den psychischen Mechanismus mit einem Uhrwerk, so entspricht die Hemmung einer starken Reibung, die Sperrung dem plötzlichen Abstellen des Werkes. Auf motorischem Gebiete läßt sich der Unterschied sehr oft leicht zeigen, indem man den Patienten, der sich bis jetzt wenig oder gar nicht bewegte und langsam und kraftlos oder gar nicht sprach, auffordert, seine Hände so rasch als möglich umeinander zu drehen oder schnell auf 10 zu zählen; der Gehemmte wird trotz aller Anstrengung langsam drehen und zählen, der Gesperrte kann plötzlich und so gut wie ein Gesunder reden und die Hände bewegen, wenn die Sperrung einmal überwunden ist.

Die Sperrungen im Gedankengang werden von den Patienten selbst wahrgenommen und unter den verschiedensten Namen beschrieben. Meist, aber nicht immer, empfinden sie sie unangenehm. Eine intelligente Katatonika mußte stundenlang dasitzen, „um den Gedanken wieder zu finden". Eine andere wußte nichts darüber zu sagen als: „Ich kann zuweilen reden, zuweilen nicht." Ein Kranker „wird abgestorben" (Abraham), ein anderer hat „Denkhindernisse", ein dritter wird „steif im Kopf, wie wenn man den Kopf zusammenziehen würde". Ein vierter meint, „man werfe plötzlich den Gummisack über ihn"; und eine Bäuerin drückt sich so aus: „Es wird mir entgegengeladen wie ein ganzes Fuder (macht eine Geste, wie wenn etwas gegen ihre Brust käme); es ist, wie wenn man einem den Mund zuhalten würde, wie wenn man sagte: halts Maul." In dieser letzteren Darstellung liegt zugleich die Sperrung der motorischen Sprachfunktion, die ein Patient Rusts mit den Worten beschreibt, es werde ihm die Sprache festgehalten. Es ist überhaupt etwas sehr Häufiges, daß die Sperrungen von den Kranken einem fremden Einfluß zugeschrieben werden. So läßt man einen unserer Patienten Lieder singen; plötzlich kann er nicht mehr weiter; dann sagen ihm die Stimmen; „siehst du, du hast es schon wieder vergessen"; die Redenden sind aber diejenigen, die nach seiner Meinung ihn vergessen machen.

Den besten Ausdruck hat Jung von einer Patientin gehört: er bezeichnet das Phänomen von der subjektiven Seite als „Gedankenentzug". Das Wort ist so treffend, daß es von vielen Schizophrenen sofort verstanden wird. Wenn ein Patient die Frage: Haben Sie Gedankenentzug?" gleich mit ja beantwortet und dann eventuell beschreiben kann, was er darunter versteht, so darf man wohl mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose der Schizophrenie

machen. Wir haben wenigstens noch keine Ausnahme gefunden. Auch Kranke, die sich für den Begriff der Sperrung einen andern Ausdruck geschaffen haben, wissen, was man mit Gedankenentzug meint; ein Patient antwortete Jung auf die Frage, ob er Gedankenentzug habe, prompt: „So, das nennen Sie Gedankenentzug, ich habe es bis jetzt ‚Gedankenverstopfung' genannt." Ähnlich sprach ein Patient Kraepelins von „Abziehen der Gedanken".

Die Sperrung hat anscheinend etwas ungemein Launisches, sowohl objektiv für den Beobachter als subjektiv für den Kranken. Bald kann der Patient geläufig sprechen, sich ganz frei bewegen, bald stockt wieder der Gedanke oder die Motilität. Bei genauerem Zusehen findet man aber meist den Grund der Sperrung in der Bedeutung des gesperrten Gedankenganges für den Patienten; und umgekehrt kann man bei Kranken, die man noch nicht genau kennt, aus dem Eintreten einer Sperrung auf das Anschlagen eines wichtigen Komplexes schließen.

Wir fragen ein Mädchen über ihr Vorleben aus; sie gibt ganz gut chronologischen Bescheid über ihre Vergangenheit. Auf einmal kommt sie nicht weiter; wir fragen, was nun weiter geschehen sei; nichts mehr ist zu erfahren. Erst lange nachher, auf allerlei Umwegen dazu gebracht, platzt sie heraus, daß sie zu jener Zeit den Geliebten kennen gelernt habe. — Ein Lehrer, der seine ganze Kraft für die Erlangung einer Gehaltserhöhung eingesetzt hatte, antwortet auf die Frage, ob er eine Gehaltserhöhung bekommen habe: „Was ist eine Gehaltserhöhung?" Er konnte den Ausdruck nicht verstehen, weil der Gehaltkomplex bei ihm abgesperrt wurde. — Viele Kranke verlangen den Arzt in dringender Sache zu sprechen; wenn er da ist, wissen sie nichts zu sagen.

Ein hochintelligenter und gebildeter Patient singt ein Liebeslied, meint aber nachher, es sei nur die Schilderung einer schönen Landschaft gewesen; er kann gar nichts mehr daraus reproduzieren; auch wenn man ihm Bruchstücke daraus vorsingt, behauptet er bestimmt, das nicht gesungen zu haben.

Bei unseren Kranken sind die gefühlsbetonten Komplexe meist mit den Wahnideen und den Halluzinationen in Verbindung; daher bekommt man über diese bei der Schizophrenie so wenig Auskunft, während sie doch meist das ganze Denken und Fühlen der Kranken beherrschen. Eine Patientin merkt, „daß gewisse Leute besessen seien," daran, daß sie mit ihnen nicht sprechen kann; die „Besessenen" sind diejenigen, die in ihre Wahnideen verwoben sind.

Die Sperrungen sind nicht in allen Fällen absolut und unüberwindbar; durch fortgesetztes Fragen, durch Anregungen aller Art[1]) und namentlich durch Ablenkung kann man sie häufig durchbrechen oder umgehen. Oft haben die Kranken aber dabei ein unangenehmes Gefühl; eine Patientin fuhr, nachdem sie geantwortet, geradezu erschrocken zusammen, wie wenn sie etwas Unrechtes getan hätte.

So ist auch der Wille oder wenigstens der Wunsch des Patienten nicht immer unbeteiligt an dem Eintreten der Sperrung. Ein Hebephrene nannte den Symptomenkomplex der Sperrungen (verbunden mit Wahnideen und anderen psychopathologischen Gebilden) den „Postzeichner"; diesen schaltete er oft auch ein, wenn man ihm eine unerwünschte Arbeit geben wollte; er war

[1]) Auch durch Alkohol lassen sich die Sperrungen manchmal beseitigen. Man kann dies bei der Untersuchung benutzen.

dann für alles gesperrt, und es war nichts mehr von ihm zu wollen. Daß es von einem solchen Verhalten aus alle Übergänge zu bewußtem Nichtwollen und zu allen Formen von Simulation gibt, ist selbstverständlich. Ebenso ist die Grenze der Sperrungen gegen den Negativismus weder theoretisch noch symptomatologisch eine scharfe. Die beiden Erscheinungen gehen in einander über, und der passive Negativismus ließe sich sogar durch eine Kombination von Sperrungen erklären.

Ganz wie Negativismus verhielten sich die Sperrungen bei einer Patientin, die langsame, zögernde und leise Antworten gab; oft versagte ihr die Stimme ganz, besonders wenn man sie eindringlich befragte. Die Sperrung ließ sich umgehen, wenn man sich nicht direkt an sie wendete.

In einzelnen Fällen ist es einfach unmöglich zu sagen, ob es sich um Sperrung oder um Negativismus handelt, namentlich dann, wenn der Patient dem Hindernis durch Danebenantworten ausweicht. Eine Kranke zeigte bei der Untersuchung weder Sperrungen noch Negativismus noch Vorbeireden, außer wenn man sie fragte, wann sie in die Anstalt gekommen sei. Auf die vielfach gestellte Frage bekamen wir Antworten wie: In einem Sanitätswagen — die Schwester L. hat mich gebracht — drei Tage bin ich hier und lange Nächte (Patientin ist am Tage vorher gekommen), und ähnliche.

Teilweise Sperrungen, wie sie sich hier zeigen, kommen auch in anderer Weise vor. Nicht allzu selten ist es, daß die Sprache gesperrt wird, während der Gedankengang sich noch in einer kleinen Reihe von Gesten ausdrückt, die den begonnenen Satz abschließen. In meinen Beobachtungen hörte dann der Gedankengang mit der mimischen Beendigung des angefangenen Satzes ebenfalls auf.

Eine Art teilweiser Sperrung ist das, was eine Patientin Jungs „Bannung" nennt. Durch irgend einen Sinneseindruck werden die Gedanken vollständig gehemmt, nur der Sinneseindruck bleibt im Bewußtsein. Sommers „optische Fesselung" bezeichnet zum Teil wohl das nämliche Symptom.

* * *

Die experimentellen Assoziationen scheinen für unsere Kenntnisse in den chronischen Stadien leichter Fälle oft nicht gestört. Meistens allerdings findet man Auffälligkeiten, die zwar nicht für sich allein eine sichere Diagnose erlauben, aber doch mit Wahrscheinlichkeit auf die Krankheit hindeuten.

1. Große Unregelmäßigkeit in den Assoziationszeiten, die sich nicht allein durch die Herrschaft gefühlsbetonter Komplexe erklären lassen. Die Zeitunterschiede sind viel größer als bei Komplexen Gesunder, und oft besteht ein merkwürdiger Wechsel, bald scheinen die Assoziationen langsam zu verlaufen; dann sieht man wieder, daß der Kranke (im gleichen Experiment) sehr rasch denken kann. Man ist natürlich bei solchen Unregelmäßigkeiten zunächst geneigt, sie Schwankungen des guten Willens oder wenigstens der Aufmerksamkeit zuzuschreiben; die anderen Zeichen dieser Störungen sind aber oft nicht zu finden. In akuten Fällen werden die Reaktionen während des einzelnen Versuches gerne immer langsamer.

2. Auffallend ist auch das schon erwähnte Anschließen an frühere Reizworte oder auch frühere Antworten; diese Nachwirkung eines früheren Gedankens braucht nicht eine kontinuierliche zu sein: der Kranke kommt von einem Gedanken ab, greift dann aber in einer späteren Assoziation wieder darauf zurück, wie oben an

„Bern" „Bundesrat" angeknüpft wurde, nachdem drei ganz andere Gedanken den Patienten weit ab von der ersten Vorstellung geführt hatten. Häufiger immerhin ist es, daß die perseverierenden Ideen aneinander schließen.

3. Die Nachwirkung des früheren Gedankenganges zeigt sich auch in der Neigung zu Stereotypien der Antwort in Form und Inhalt. Einzelne, namentlich akute Patienten antworten am Schluß des Experimentes nur noch ganz sinnlos mit wenigen Ausdrücken, die im vorhergehenden einmal richtig angewandt waren: „Zum Denken, zum Schreiben, zum Essen" usw. (Ideenarmut begünstigt natürlich dieses Verhalten.)

4. Manchmal bleiben die Kranken auch an dem Reizwort hängen und repetieren dasselbe, ohne einen weiteren Gedanken anzuschließen. Diese Art Echolalie kommt viel häufiger bei akuten Zuständen (Benommenheit) vor als bei chronischen.

5. Auch dann, wenn die Wiederholung des gleichen Wortes nicht häufig vorkommt, sieht man bei vielen Kranken eine große Armut der Ideen; sie verharren nicht beim gleichen Wort, aber doch bei ähnlichen und sehr naheliegenden Ideen.

6. Die Schizophrenen haben mehr individuelle, bei Andern nicht vorkommende Reaktionen (Kent und Rozanoff). Bietet man ihnen nach längeren Zwischenräumen die nämlichen Reizworte, so wechseln die Reaktionsworte mehr als bei Gesunden (Pfenninger).

7. Am auffallendsten sind aber die bizarren Assoziationen, von denen S. 14 und 16 Beispiele gegeben sind und dann die scheinbar oder wirklich ganz unzusammenhängenden, bei denen das Reizwort bloß das Signal zum Aussprechen irgend eines Wortes bildet. (Nennen eines beliebigen Möbels, das im Blickfeld ist usw.)

8. Nicht selten ist ein Zusammenhang nicht zu finden, auch nicht mit Hilfe des Patienten. In diesen Fällen handelt es sich wohl meist, wenn nicht immer, um Anschlüsse an einen bereit liegenden gefühlsbetonten Ideenkomplex. Wenn ich sage „bereit liegend", so meine ich nicht „im Bewußtsein bereitliegend"; denn der Kranke selbst kann ja darüber keine Auskunft geben. So assoziierte ein äußerlich ganz geordneter und auch jetzt noch recht intelligenter Patient an viele Begriffe, die irgendwie seine Gefühle trafen: „kurz", ohne zu wissen warum. Des Rätsels Lösung lag darin, daß er selbst sehr klein war und daß auch dieser Umstand zu seinen Komplexen gehörte.

9. Ausgesprochene Neigung zu mittelbaren Assoziationen ist nicht selten.

10. Die Merkmale gefühlsbetonter Komplexe treten oft in ganz übertriebener Weise in die Erscheinung. Die Reaktionszeiten auf komplexanregende Reizwörter wachsen oft ins ungemessene, oder die Reaktion versagt vollständig, und alle übrigen von Jung gefundenen Komplexzeichen sind in manchen Fällen besonders deutlich: die Oberflächlichkeit bei langen Zeiten; Zitate; Reaktion in fremden Sprachen; rasches Vergessen; intellektuelle und affektive Nachwirkung auf die folgenden Assoziationen. In manchen Fällen sind die Komplexe so sehr in Bereitschaft, daß nur an solche assoziiert wird. Alle diese Zeichen sind aber sehr wechselnd, nicht nur von einem Fall zum andern; sie können beim gleichen innerhalb kurzer Zeiten vom Maximum zum Minimum schwanken.

Das Bedürfnis, intelligent zu erscheinen (Intelligenzkomplex), macht sich auch hier wie bei den Imbezillen etwa geltend in der Neigung zu Definitionen, deren Bizarrerie dann oft den spezifisch schizophrenen Stempel verrät: Auge — Sehungspunkt, Großmutter — Geschlechtsanteilung, Ofen — Wärmungsartikel.

Trotz vielem Suchen fanden sich in den experimentellen Assoziationen keine direkten Spuren von Negativismus. Bloß bei zwei Kranken haben wir eine Neigung

zu Negationen und Kontrastassoziationen gesehen; gerade diese Patienten waren aber nicht negativistisch.

* * *

Ziehen (847) hat auch die rückläufigen Assoziationen geprüft und bei Krankheitszuständen, die wir zur Schizophrenie rechnen, eine Erschwerung gefunden in der rückläufigen Reproduktion von Reihen. Es ist aber so schwierig, hierbei die Störungen der Assoziation zu trennen von denjenigen der Aufmerksamkeit, des guten Willens usw., daß ich aus der kurzen Publikation des Autors nicht wage, auf ein definitives Resultat zu schließen.

* * *

Die beschriebenen Assoziationsstörungen sind charakteristisch für die Schizophrenie. Neben ihnen kommen aber auch andere Formen von Anomalien des Gedankenganges interkurrent vor. Bei manischen Zuständen der Schizophrenie addiert sich Ideenflucht zur schizophrenen Assoziationsstörung; bei depressiven Zuständen treffen wir Denkhemmungen und die durch krankhafte Reaktion auf die Affektivität hervorgebrachten Assoziationsstörungen; vor allem beherrschen oft hysteriforme systematische Abschließungen geradezu das Bild. Zwangsgedanken sind häufig.

* * *

Die Assoziationsstörungen sind hier insofern ungenügend beschrieben, als auf die akuten Zustände wenig Rücksicht genommen ist. Wir haben indes bei solchen Syndromen bis jetzt keine neuen qualitativen Eigentümlichkeiten gefunden, wohl aber etwa Übertreibungen der schon beschriebenen. (Natürlich sehen wir ab von den Zeichen manischer, melancholischer oder organisch gehemmter Zustände.)

Eher empfinde ich es als Mangel, daß wir die meisten Anomalien nur aus den mündlichen und schriftlichen Äußerungen der Kranken deduziert haben; die komplizierteren Handlungen sind ja ohne Zweifel Ausflüsse ganz der gleichen Gedankentätigkeit, wie sie in der Diskussion zum Vorschein kommt; wir sind auch gewohnt, die Kranken über die Motive ihres Handelns auszufragen. Anders ist es mit den Assoziationen, die unsere kleinen Handlungen leiten, die wir gar nicht bewußt dirigieren, indem in unserem Bewußtsein nur die Absicht, das und das zu tun, auftaucht. Wenn ich etwas schreibe, so denke ich bewußt an mein Thema; aber ich weiß nicht, wie ich das Papier aus meinem Schrank hole, was ich da alles für Einzelbewegungen mache usw. Wir haben nun Anhaltspunkte anzunehmen, daß bei Schizophrenen auch diese äußerst fest eingeübten Mechanismen alteriert werden, wie uns z. B. das Vorkommen von apraxieartigen Erscheinungen zeigt. Ob aber sich diese Störungen auch auf eine Unvollständigkeit der zur speziellen Tätigkeit nötigen Summe von Einzelassoziationen zurückführen läßt, das ist uns noch ganz unbekannt. Es ist ja auch denkbar, daß die Ungeschicklichkeiten hervorgerufen würden durch negativistische Gegenströmungen oder Perplexität.

β) Die Affektivität.

Bei ausgesprochenen Formen der Schizophrenie steht die „gemütliche Verblödung“ im Vordergrunde des Bildes. So wußte man seit den Kinderjahren der modernen Psychiatrie, daß eine „akute heilbare“ Psychose „chronisch“

werde, wenn der Affekt anfing zurückzutreten. Manche Schizophrenen der Endstadien zeigen Jahre und Jahrzehnte lang keinen Affekt; mit nichtssagenden Gesichtern sitzen sie in nachlässiger oder zusammengeschobener Haltung in den Pflegeanstalten herum; sie lassen sich wie Automaten an- und auskleiden, von dem gewöhnlichen Platz ihrer Untätigkeit zum Essen und wieder zurückführen, ohne ein Zeichen von Befriedigung oder Unlust zu äußern. Sogar auf Mißhandlungen durch andere Kranke reagieren sie nicht.

Auch in den weniger schweren Formen ist Gleichgültigkeit die äußere Signatur, und zwar Gleichgültigkeit gegen alles, gegen Verwandte und Freunde, gegen Beruf und Lustbarkeit, gegen Pflichten und Rechte, gegen Glück und Unglück. „Es ist mir maßlos egal," sagte ein Patient L. Binswangers. Am ausgesprochensten zeigt sich der Defekt meist gegenüber den höchsten Interessen, wobei es ganz irrelevant ist, ob es einer komplizierten Denkarbeit bedarf, sie zu erfassen oder nicht. Eine Mutter kann schon im Anfang der Krankheit für das Wohl und Wehe ihrer Kinder indifferent sein und doch nicht nur ganz die Worte einer normal empfindenden Mutter brauchen, sondern auch wirklich alles verstehen, was für ein Kind gut oder schädlich ist, und bei Gelegenheit, z. B. wenn sie ihren Austritt aus der Anstalt motivieren möchte, darüber ganz richtig diskutieren. Ob ihre Familie oder sie selbst zugrunde gehen, das ist solchen Kranken gleichgültig; der Trieb der Selbsterhaltung ist oft auf Null reduziert: die Kranken kümmern sich nicht darum, ob sie verhungern oder nicht, ob sie auf Eis liegen oder auf einem erhitzten Ofen. Bei einem Anstaltsbrande mußten eine Anzahl Patienten aus den bedrohten Abteilungen geführt werden; sie hätten sich nicht vom Platze bewegt, sie hätten sich ohne Affekt ersticken oder verbrennen lassen. Krankheiten, Bedrohungen mit allen möglichen Übeln können viele Schizophrene nicht in ihrer Ruhe stören. Was andere angeht, ist ihnen natürlich erst recht gleichgültig: in einem Schlafsaal schlägt ein Patient einen andern tot; die übrigen finden nicht nötig, den Wärter zu wecken. Ein Student hat seine Mutter beinahe erwürgt; er begreift nicht, daß man „wegen dem akzentuierten Sprechen" soviel Geschichten machen kann. Eine Kranke schreibt nach anderthalbmonatlichem Anstaltsaufenthalt zum erstenmal nach Hause, weiß aber außer einigen nichtssagenden Phrasen nur zu fragen, wie es der Katze gehe.

Ganze Lebensgeschichten können die Schizophrenen schreiben, ohne ein einziges Gefühl darin zu äußern; sie beschreiben ihre Leiden und Taten wie ein Thema aus der Physik. Eine Kroatin, die kein Wort außer ihrer Muttersprache versteht, verirrt sich nach Zürich, bleibt monatelang in der Anstalt, ohne daß man sich mit ihr verständigen könnte, da sie auch nicht auf Gesten achtet, obschon sie sehr lebhaft ist. Endlich spricht eine Dame aus ihrer Heimat sie an; die Patientin gibt auf Fragen einige Auskunft, zeigt aber nicht den leisesten Affekt. Ein Hebephrene berichtet über den Tod seines Vaters: „Da ich damals zu Hause war, so ging ich auch an's Leichenbegängnis und war aber froh, daß ich nicht selber begraben wurde; lebendig begraben bin ich jetzt...."

Am meisten fällt auf, daß manche, namentlich der älteren Patienten die nämliche Gleichgültigkeit auch ihren Wahnideen gegenüber zur Schau tragen, die sie doch beständig beschäftigen.

Ein Paranoider beklagt sich während einer längeren klinischen Vorstellung

beständig über die Verfolgungen, sitzt aber sehr gemütlich in nonchalanter Haltung da. Gefragt, ob er denn die Halluzinationen für Wirklichkeit halte, sagt er mit Achselzucken: „Vielleicht sind sie krankhaft, vielleicht Wirklichkeit"; die Frage interessiert ihn offenbar gar nicht. Daß ältere Paranoide mit der größten Seelenruhe erzählen, wie sie in der Nacht geschunden, gebrannt worden seien, wie man ihnen die Eingegeweide herausgeschnitten habe, ist etwas Allbekanntes. Eine Hebephrene kommt zum Arzt, um ihn zu bitten, er möchte sie doch nicht totschlagen; obschon sie wirklich meint, es handle sich um ihr Leben, ist sie ganz affektlos.

In leichteren Fällen kann diese Gleichgültigkeit fehlen oder maskiert sein. Im Beginn der Krankheit sehen wir oft geradezu eine gewisse Überempfindlichkeit, so daß die Patienten sich bewußt isolieren, um jedem Anlaß zu Affekten aus dem Wege zu gehen, und das auch dann, wenn sie noch Interesse am Leben haben. Latente Schizophrene können geradezu labil in ihren Affekten, sanguinisch erscheinen. Es fehlt dann aber die Tiefe des Affektes. Auch findet man in solchen Fällen bei genauerem Zusehen meist eine partielle Gleichgültigkeit gegen diese oder jene Interessen, die dem Patienten sonst nicht fremd waren; ich möchte aber nicht behaupten, daß das auch der Fall sei bei den Patienten, die nicht zum Psychiater kommen. Es gibt ferner ziemlich viele Schizophrene, die dauernd wenigstens in bestimmten Richtungen lebhafte Affekte haben: die aktiven unter ihnen, die Schriftsteller, Welt- und Gesundheitsverbesserer, die Religionsstifter. Diese Leute sind in ihrem Denken einseitig und rücksichtslos; es ist schwer zu sagen, ob auch ihre Affekte an sich immer in krankhafter Weise einseitig sind.

Oft sehen wir deutliche Grundstimmungen, so daß man nicht gut von allgemeiner Gleichgültigkeit reden kann. Die Stimmung kann euphorisch, traurig, ängstlich sein. Den Übergang von der euphorischen Stimmung zur gleichgültigen oder eine Mischung von beiden sehen wir in dem bei Hebephrenen sehr häufigen Gemütszustand der „Wurstigkeit", den die Franzosen noch bezeichnender „je-m'en-fichisme" nennen. Die Kranken sind dann, wenn auch nicht glücklich, so doch zufrieden mit sich und der Welt; was Unerwünschtes geschieht, das wird nicht als unangenehm empfunden. Sie werden dann auch sehr leicht schnodderig in ihren Antworten, wozu ihnen die ungenauen Assoziationen ein sehr günstiges Material liefern. — Auch andere Stimmungen drücken sich in ähnlicher Weise aus. Eine unserer Kranken wird seit mehr als zwanzig Jahren in der Krankengeschichte als „herzlich verrückt" bezeichnet, indem sie mit einer gewissen Bonhomie und unter Lächeln alle ihre unsinnigen Klagen vorbringt.

In denjenigen akuten Anfällen, die man früher als Manien und Melancholien bezeichnete, fehlt natürlich der Affekt nicht; er bekommt aber ein spezifisches Timbre, das oft an sich schon die Erkennung der Krankheit erlaubt. An Stelle der klaren, tief empfundenen Affekte beim manisch-depressiven Irresein haben wir den Eindruck einer Gemütsbewegung, die nicht in die Tiefe geht. Vor allem fehlt sehr leicht die Einheitlichkeit der Affektäußerung. Die Worte, die Freude oder Schmerz ausdrücken sollen, passen nicht zueinander und nicht zum Ton der Stimme, zu den Bewegungen, zum übrigen Verhalten. Der Mimik fehlt die Einheit; die hochgezogene Stirn drückt z. B. etwas aus wie Verwunderung, die Augen können mit den Krähenfüßen den Ein-

druck des Lächelns machen, und zugleich mögen die Mundwinkel traurig gesenkt sein. Oft ist der Ausdruck ungemein übertrieben, pathetisch und theatralisch im schlimmen Sinne. Daß die Steifigkeit der Bewegungen gerade hier besonders auffällt, ist selbstverständlich. Klagen wie Jauchzen bekommen etwas Eintöniges.

Alle diese Dinge sind leichter zu fühlen als zu beschreiben. In der Darstellung läßt sich am besten herausheben der Mangel an Anpassung an den wechselnden Gedankeninhalt, der Defekt der Modulationsfähigkeit. Die Stimmung des manischen Schizophrenen folgt nur sehr wenig oder gar nicht dem wechselnden Inhalt des Gedankens. Während der Manische wie ein Normaler die Gefühlsnuancen der geäußerten Gedanken mit entsprechenden qualitativen und quantitativen Modifikationen der Affektäußerungen begleitet, sehen wir beim ausgesprochenen Schizophrenen von solchen Modulationen wenig oder geradezu gar nichts, ob er einen Witz vorbringe oder über seine Einsperrung sich beklage oder aus seinem Leben erzähle[1]). Eine Katatonika jammert, ihr Mann sei im Zuchthaus. Ich versichere sie, er sei in der Freiheit, worauf sie antwortet: „So, das ist recht." Sie sagt das aber in absolut unverändertem Jammerton, genau, wie wenn ich ihr die Einsperrung des Mannes bestätigt hätte.

Ein solches Verhalten unterscheidet sich nur scheinbar von der Gleichgültigkeit. Der vorhandene Affekt ist ja hier gar nicht die Reaktion auf den Gedanken, sondern ein irgendwie bedingter abnormer Grundzustand der Affektlage, eine andere Einstellung des affektiven Nullpunktes[2]). Von diesem Nullpunkt aus reagieren die anderen Kranken je nach den Vorstellungen mit Schwankungen nach unten und oben, die Schizophrenen aber nicht.

In einzelnen Fällen sehen wir immerhin deutliche Affektschwankungen, die geradezu der Norm nahekommen können. Dann kann sich eine gewisse Affektsteifigkeit doch darin verraten, daß dem Ausdruck der verschiedensten Stimmungen ein Etwas, das schwer beschreibbar ist, gemeinsam bleibt. Es ist, um ein Bild aus der Koloristik zu gebrauchen, wie wenn die ganze Mimik in die gleiche Sauce getaucht wäre; die Leute weinen mit ähnlicher oder mit gleicher Stimme, mit der sie lachen; und wenn sie auch die Mundwinkel beim einen Affekt nach oben, beim andern nach unten verziehen, so haben beide Ausdrucksweisen doch etwas deutlich Gemeinsames.

Manchmal zeigt sich ein ungenügender Tiefgang der Affekte darin, daß die Kranken eine Stimmung nicht festhalten können. Eine Katatonische fürchtete sich sehr vor einem halluzinierten Judas Ischarioth, der sie mit dem Schwerte bedrohte; sie schrie, daß man den Judas vertreibe, verlangte aber dazwischen Schokolade. Am andern Tage klagte sie über die betreffenden Halluzinationen, bat um Verzeihung wegen der verübten Gewalttätigkeiten, drückte aber mitten

---

[1]) Hört man einen Schizophrenen in einer Sprache reden, die man nicht versteht, so fehlen oft alle Anhaltspunkte zur Bestimmung, worüber er spricht. Auch wichtiger Themawechsel (Essen — Tod der Mutter) kann dann ganz symptomlos verlaufen.

[2]) Die Unabhängigkeit solcher schizophrener Stimmungen vom Gedankengang zeigt sich namentlich deutlich in den nicht seltenen Fällen, in denen der Patient umgekehrt eine während der Depression gebildete und ihr entsprechende Wahnidee nach einem raschen Umschlag der Stimmung festhält, aber nun mit der dem Inhalt widersprechenden fröhlichen Betonung vorbringt.

im Klagen die Freude an einem schönen Gürtel aus, den sie indes so sehr in die Wahnideen verwebte, daß wir sie versichern mußten, er sei nicht „ein Judaskuß". Eine andere Katatonika ergeht sich Tag und Nacht in wilden Selbstanklagen mit energischen Selbstbeschädigungsversuchen; wenn es ihr aber gelingt, sich einer Wärterin zu entwinden, so muß sie herzlich lachen.

In akuten Zuständen können aber auch ohne eine dauernde Grundstimmung innerhalb ganz kurzer Zeit, z. B. während einer klinischen Vorstellung die verschiedensten Affektäußerungen miteinander abwechseln. Bei Anlaß von irgend welchen zufälligen Assoziationen kommt der Patient von einer Sekunde auf die andere in hochgradigste zornige Aufregung, schimpft, brüllt, springt in die Höhe, um nach wenigen Minuten in ebenso übertriebener Weise erotisch fröhlich zu sein, dann in Trauer zu heulen usw. In diesen Fällen wechselt die ganze Persönlichkeit mit dem Affekt. Im Gegensatz zu dem oben erwähnten Stehenbleiben gewisser Komponenten der vorhergehenden Affektäußerungen wirken hier umgekehrt die früheren Affekte nicht einmal so weit nach, wie sie es normaler Weise tun sollten; ganz plötzlich ist ein vollständig neues Register gezogen. Die Art des Umschlages und die Affektsteifigkeit unterscheidet die Fälle meist leicht von Organischen.

So ist es verständlich, wenn Masselon (S. 83) als affektive Eigentümlichkeit der Schizophrenen neben der Nonchalance, Indifferenz und Reizbarkeit auch eine abnorme Labilität der Affekte (mobilité d'humeur, versatilité) nennt. Schon die Reizbarkeit scheint in einem gewissen Gegensatz zu der Gleichgültigkeit zu stehen, noch mehr aber diese Labilität, die eine abnorm leichte Anschlagsfähigkeit voraussetzt.

Bei leichten Fällen, wie sie seltener in die Anstalten kommen, scheint die Labilität oft im Vordergrunde zu stehen; bei genauerem Zusehen findet man aber auch da die Affektivitätsdefekte.

Ein Hebephrene stand wegen Drohung von Verbrechen in Untersuchung. Er war etwas euphorisch, hielt es für ein Glück, daß er in die Anstalt, unter ärztliche Behandlung komme, lobte die (schlechten) Bilder an der Wand, wollte nicht auf eine bessere Abteilung, weil die Patienten hier so nett seien. Nach erfolgter Versetzung schimpfte er maßlos über die frühere Abteilung. Bei einem unbedeutenden Fieber (und gelegentlich auch ohne bekannte Ursache) war er deprimiert, weinte wie ein Kind, er müsse sterben, ebenso bei noch nichtigeren Anlässen, so wenn er erzählte, wie ungern sein Vater die 1 Fr. 80 pro Semester Schulgeld für ihn bezahlt habe. Wenn ihm jemand etwas sagte, was ihm nicht paßte, so wurde er aufgeregt, drohte, zerschlug auch etwa einen Gegenstand, warf in der Wut Geld fort, mißhandelte die Frau. Trotz dieser Labilität bei ganz leichter manischer Stimmung ist die schizophrene Affektstörung deutlich: er sucht keinen Kontakt mit der Umgebung wie andere Euphorische; in den wichtigsten Dingen (Internierung, Geschäft, das er ganz vernachlässigt hatte, Scheidungsantrag der Frau) blieb er ganz gleichgültig; das Taktgefühl war dem guterzogenen Manne ganz abhanden gekommen; seine Mimik hatte etwas steifes, fixiertes, in großem Widerspruch zu seinen bombastischen Ausdrücken; Dinge von affektiv verschiedener Bedeutung wurden mit der gleichen Miene vorgebracht; er konnte im Tone der größten Gleichgültigkeit sagen, wie furchtbar aufgeregt er sei.

Zu einem kleinen Teil ist diese gemütliche Labilität gewiß im Zusammenhang mit der Unfähigkeit der Kranken, manche wichtige Ereignisse als solche

zu erfassen. Unwichtige Gedanken vermögen auch den Gesunden wenig zu fesseln; es ist also begreiflich, wenn der Schizophrene, für den nichts von Wichtigkeit ist, manchmal von einem Affekt zum andern springt. Andernteils aber entspricht der Affektwechsel der Sprunghaftigkeit der Gedanken. Ein Hebephrene wehrt sich verzweifelt, brüllt laut, er habe alles ruiniert; plötzlich sagt er in gleichmütigem Ton: „Jetzt lache ich", und lacht trocken. Bald nachher sagt er: „Jetzt schreie ich", und brüllt und schlägt wieder. Ein anderer bekommt regelmäßig beim Eintritt des Arztes Wutausbrüche, geht zähneknirschend auf ihn los, so daß er gehalten werden muß. Nach ganz kurzer Zeit springt er jedesmal mit einem eleganten Schwung ins Bett und offeriert dem Arzt den „Versöhnungskuß". — Gelegentlich kommt es auch bei besonnenen Hebephrenen vor, daß sie das in der Erregung Getane wirklich bereuen. Einer unserer Paranoiden konnte weinen, wenn er seine Frau mißhandelt hatte. Eine so stark ausgesprochene Reue habe ich allerdings sonst nicht wieder gesehen.

Auch wenn die Affekte wechseln, geschieht das indes meist langsamer als beim Gesunden. *Die Affekte hinken oft geradezu den Ideen nach.* Bei einer Untersuchung wurde einer Patientin häufig das Bild eines Kindes gezeigt; erst eine Viertelstunde später erschien der entsprechende traurige Affekt. Auch bei Festen sieht man, wieviel länger als Gesunde die Schizophrenen brauchen, um in Stimmung zu kommen. Daß Zorn und Ärger, obgleich sie die Neigung haben, nur langsam zu verschwinden, oft sehr rasch einsetzen, sieht man bei Gesunden ebenso häufig wie bei Schizophrenen. Man darf das nicht als eine besondere Labilität der Kranken deuten. Unzweifelhaft zeigt sich aber ein pathologisches Andauern des Affektes in der gewöhnlichen Eigenschaft der Schizophrenen, in ihrem Zorn auszuharren oder diesen noch längere Zeit zu steigern, auch wenn kein Grund mehr dazu vorhanden ist.

Aus all dem dürfen wir wohl im Gegensatz zu *Masselon* den Schluß ziehen, daß die Labilität bei der Schizophrenie eine unwesentliche Erscheinung bildet.

Viel auffallender als der rasche Wechsel der Affekte ist das äußerlich unbegründete Schwanken der Gemütslage, die *Launenhaftigkeit im Auftreten der Affekte.* Die gleichen Kranken, die heute ganz gleichgültig erscheinen, können morgen gereizt sein oder ganz verschiedenen Gefühlen zugänglich. *Pfersdorff* (562, S. 118) bemerkt von seinen Kranken: „Die Affektlage kam nur zum Vorschein, wenn die Kranken sprachen, was sie spontan sehr selten taten." Sobald sie sich eben genötigt sahen, die Umgebung zu erfassen und auf sie zu reagieren, zeigten sich die Affekte, wie so oft. Am häufigsten aber ist es, *daß die Kranken nur dann gemütlich erregt werden, wenn sie bestimmte Ideen zu denken gezwungen werden, die sie vor oder während des Krankheitsbeginnes bewegt haben* (Komplexe). So saß eine Hebephrene in blöd-erotischer Euphorie herum; ein ganz normaler Affekt kam aber zum Vorschein, wenn ihr Verhältnis zum Manne erörtert wurde. Der Schmerz um verlorene Liebe, die Freude an genossener Liebe sind bei vielen Kranken nach Jahrzehnten noch mit großer Lebendigkeit hervorzurufen, wenn es gelingt, die gerade bei diesen Themen nie fehlenden

Sperrungen zu überwinden. Dabei erscheinen diese Affekte wie konserviert; alle Nuancen von sexueller Freude, von Genieren, von Schmerz und Eifersucht können so lebhaft zum Vorschein kommen, wie es beim Gesunden nicht mehr der Fall ist, wenn es sich um alte Erinnerungen handelt. Gar nicht selten haben diese Äußerungen ganz den Charakter der früheren Zeit und stehen in auffallendem Widerspruch mit dem reifen Lebensalter der Kranken.

Eine Hebephrene, die nach der Pubertät einen ersten übersehenen Schub ihrer Krankheit gehabt hatte, wurde mit 71 Jahren durch eine leichte Depression in die Anstalt gebracht. Sie sprach mit großer Gleichgültigkeit von ihren Schicksalen, namentlich von ihrem Manne. Als es uns aber gelungen war, sie an einen Geliebten aus der Zeit unmittelbar vor der ersten Erkrankung zu erinnern, zeigte sie die ganze verschämte Mimik eines jungen Mädchens, das über diese Dinge ausgefragt wird, mit allen charakteristischen Einzelheiten, nicht nur dem Erröten, dem Augenniederschlagen, sondern auch dem zufrieden verlegenen Lächeln, dem Zupfen an der Schürze, dem Zurechtstreichen der Haare und allen den anderen Äußerungen, die man nur sehen, aber nicht beschreiben kann. Der jugendliche Affekt konnte nach mehr als einem halben Jahrhundert ganz frisch wieder ausgegraben werden und bildete einen rührenden Gegensatz zu der zusammengesunkenen Gestalt und dem gefurchten Gesicht der Alten.

In diesem Falle, wie in manchem andern, ließ sich das Experiment wiederholen.

Analoge Erfahrungen, wenn auch nicht immer so frappierende, macht man bei den meisten gelungenen Analysen Schizophrener; und wenn man in der Klinik zuerst die gefühlsbetonten Komplexe der Kranken hervorgeholt hat, wird es manchmal schwer, die Zuhörer von der Gemütlosigkeit der Vorgestellten zu überzeugen, so normal scheinen sie zu reagieren, auch wenn sie sonst jahrelang die größte Gleichgültigkeit nicht nur zur Schau, sondern wirklich in sich getragen haben.

Mit einiger Geduld kann man auch ohne besondere Analyse die Affekte in den Wahngebilden der scheinbar nur noch vegetativ lebenden Kranken nachweisen. Es braucht oft Monate, bis man mit solchen ganz passiven und mutistischen Kranken einen intellektuellen Rapport hergestellt hat; gelingt es aber, so findet man regelmäßig ein Wahnsystem, das nicht nur aus Wünschen und Befürchtungen entstanden ist, sondern auch jetzt noch von ganz entsprechenden Gefühlen betont werden kann.

Auch wenn Hirnatrophie einsetzt, kommen manchmal die Affekte zum Vorschein, so daß einzelne dieser Kranken sich wenig mehr von gewöhnlichen Senilen unterscheiden, „die weinen und lachen können, wann sie wollen". In Rheinau beobachtete ich zehn Jahre lang eine Katatonika, die, abgesehen von der allerersten Zeit, nichts als Schimpfwörter zu mir gesagt und negativistisch mit seitlich herausgestreckter Zunge dagesessen hatte. Als ich sie zehn Jahre nach meinem Weggang in Rheinau wieder sah, stürzte sie auf mich zu, umarmte mich gerührt, wie man einen alten Freund umarmen kann. — Eine Paranoide, deren Gleichgültigkeit ich seit bald dreißig Jahren kannte, hatte eine Apoplexie. Da sie mit Süßigkeiten viele Fliegen anlockte, sagte ich einmal im Scherz zu ihr, ob die Fliegen sie nicht fressen werden. Sie ging fröhlich auf den Scherz ein: „Es kommen immer so große, große und wollen mich fressen." Zu der ersten Hälfte des Satzes lachte sie, bei der zweiten war sie als echte Senile bereits von der Idee, gefressen zu werden, so übermannt, daß sie jämmerlich weinte.

So ist es ganz unzweifelhaft, daß die Fähigkeit der Psyche, Affekte zu produzieren, bei der Schizophrenie nicht zugrunde gegangen ist.

Wir dürfen uns deshalb nicht verwundern, wenn wir auch in schweren Fällen die einen oder anderen Affekte erhalten sehen. Welche aber wir antreffen, hängt meist vom „Zufall" ab. Doch haben einige Gefühle größere Chance sich zu zeigen als andere.

Wie wir oben gesehen, lassen sich z. B. die erotischen Regungen (im feineren Sinne) manchmal herausgraben. Aber auch, wenn man die Wachträume der Kranken verfolgen kann, findet man oft sehr zarte Gefühle, und das bei Patienten, die nach außen nichts als Gewalttat und Unreinlichkeit zeigen.

Statt des Interesses treffen wir häufig auch in vorgeschrittenen Fällen sein (schon bei Vögeln und Katzen sehr ausgebildetes) Äquivalent, die *Neugierde*. Kranke, die sich scheinbar um gar nichts kümmern, wissen es immer so einzurichten, daß sie, wenn irgend wo eine Türe aufgeht, wie zufällig hindurch sehen können, daß sie ein Gespräch belauschen, ein liegen gelassenes Buch betrachten können, und zwar letzteres auch dann, wenn sie zu torpid sind, um die Merkwürdigkeit auch nur in die Hand zu nehmen.

Bei Pflegeanstaltspatienten sieht man auch ein gewisses *Verwachsen mit der Anstalt*. Schizophrene, die viele Jahre lang in einer Anstalt gearbeitet haben, bekommen eine Art Anhänglichkeit an sie; sie haben ein Interesse an dem Gutsbetrieb und können auch spontan etwas dafür einsetzen. Auch Heimweh nach der Anstalt bekommen sie, wenn sie herausgenommen werden. Allerdings sieht man ebenso häufig, daß auch die gut arbeitenden Kranken einfach wie Maschinen ihr Tagewerk tun in immer derselben Stimmung, bei Regen oder Schnee, Hitze oder Kälte.

In der Richtung der *Reizbarkeit* bis zu Zorn und Wut finden wir die Affekte am häufigsten erhalten. Viele Kranke der Anstalten reagieren überhaupt nur in diesem Sinne. Das Personal, das für ihre gewöhnlichsten Bedürfnisse sorgt, sogar wer ihnen das Essen bringt, riskiert jedesmal geschlagen oder insultiert zu werden. Von diesen extremen und heutzutage seltenen Fällen bis zur gewöhnlichen Reizbarkeit gibt es alle Übergänge.

In den Anstalten ist diese Reizbarkeit namentlich unangenehm in ihrer Verbindung mit den Wahnideen und dem Negativismus. Die Verfolgten sind mit der Umgebung unzufrieden, weil sie sie verfolgt; diejenigen, die ihre Wünsche erfüllt glauben, werden in ihren Träumen durch die Umgebung gestört — Anlaß genug zu Zorn und Wut. So bildet der Zorn denn auch die gewöhnliche Reaktion vieler Patienten auf die Halluzinationen, und zwar bezeichnenderweise auch dann, wenn ihnen die Stimmen gar nicht gerade etwas Unangenehmes sagen.

Nicht ganz das Gleiche ist die in den Anstalten so häufige *Entrüstung über die Freiheitsberaubung* oder andere Unannehmlichkeiten, die die Behandlung mit sich bringt. Sehr viele Kranke sprechen auch von *Heimweh*; verhältnismäßig selten aber kann man objektive Zeichen finden, die auf wirkliches Heimweh oder auch nur auf eine wirkliche Sehnsucht nach Hause zu kommen, schließen lassen. Es ist gar nicht so selten, daß Schizophrene, die lange um Entlassung querulierten, die erhaltene Erlaubnis, zu gehen, gar nicht be-

nutzen oder doch nur planlos die Anstalt verlassen, ohne nach Hause zu gehen.

Gar nicht selten finden wir bei unseren Kranken als einzige Affektäußerung oder neben der Reizbarkeit die Elternliebe erhalten; namentlich Mütter sind oft lange um das Ergehen ihrer Kinder wirklich besorgt, während sie sich sonst um nichts, nicht einmal um ihr eigenes körperliches Befinden kümmern. Solche Kranke zeigen denn auch wirkliche Freude, wenn sie Besuch oder gute Nachrichten von den Kindern bekommen. Eine seit dreißig Jahren kranke und seit längerer Zeit in schwerem halluzinatorischem Zustande befindliche Patientin suchte den Arzt, den sie als Schwiegersohn ins Auge gefaßt, zu überzeugen, daß ihre Krankheit sich nicht auf die Tochter vererbt habe.

Auch das Mitgefühl mit anderen ist gar nicht immer erloschen. Besonders in der Pflegeanstalt, wo die meisten Patienten einander genauer kennen, können sie sich oft sehr gut in die Lage der anderen hineinfühlen. Ein Hebephrene, der ganz verwirrt sprach, hat jahrelang einem an Muskelatrophie leidenden Kranken, dessen Lippen nicht mehr fähig waren, die Zigarre zu tragen, das Rauchzeug im Munde gehalten, mit einer Geduld und einer Unermüdbarkeit, deren wohl niemals ein Gesunder fähig gewesen wäre. Es kommt auch etwa vor, daß solche schizophrene Samariter abstinierende Kranke ohne Gewalt nähren können, während es sonst niemand fertig bringt.

Sogar ein künstlerisches Hineinfühlen in andere ist nicht so selten. Leichter schizophrene Dichter und Musiker aller Qualitäten zeigen diese Fähigkeit. Eine akute Katatonika war im anscheinend schwersten Stupor fähig, nach der Musik zu tanzen, und zwar mit selbsterfundenen Bewegungen, die ein feiner und ästhetisch überraschender Ausdruck der in der Musik liegenden Empfindung waren. Eine unserer chronischen Katatonischen ist, abgesehen von fast beständiger Gereiztheit mit Neigung zu Gewalttat, ganz indifferent gegen die Umgebung, indezent und unrein im höchsten Grade. Sie kann aber nicht nur tanzen, sondern sich ganz genau allen Nuancen der Musik und der Bewegungen des Tänzers anpassen.

Wenige Kranke zeigen Neigung zu Humor, vielleicht sind sie noch eher fähig, etwas Humoristisches selbst zu produzieren, als es zu genießen, wenn es von außen dargeboten wird, während gröbere Scherze oft noch Anklang finden.

Meist allerdings fällt auf, wie früh die Gefühle, die den Verkehr der Menschen untereinander regeln, verkümmert sind. Ob die Kranken mit einem Höherstehenden oder mit einem Niederen, mit Mann oder Frau sprechen, macht ihnen meist keinen Unterschied. Von Scham in irgend einer Richtung ist oft keine Spur mehr, und zwar auch bei sonst recht gut erhaltenen Kranken. Alle möglichen Schandtaten, die sie als solche ganz gut erkennen, geben sie nicht nur zu, sondern erzählen sie spontan ohne jeden Anlaß. Sie kramen ihre sexuellen Verhältnisse oft in den krassesten Ausdrücken aus, sie onanieren coram publico. Ein eben erkrankter, sehr gut angelegter Gymnasiast schreibt an seine Mutter: „Liebe Mutter! komm doch sofort zu mir. Ich muß wissen, wie alt du gewesen bist, als der Vater mich machte."

Zu solchen schweren Defekten kann dann wieder die lebhafte Gefühlsbetonung von Kleinlichkeiten einen sonderbaren Kontrast bilden. Ein Hebe-

phrene, der ein wenig auf unserem Bureau arbeitet, geht aufs sorgfältigste geputzt und geschniegelt herum, läßt sich aber von einem rohen Angestellten in der ungeziemendsten Weise necken, ohne etwas Unangenehmes dabei zu finden; und als ihn die Mutter bittet, ans Totenbett seines Vaters zu kommen, schreibt er ihr „zum Trost" einige Phrasen, geht aber nicht. Zwei Patientinnen essen ihre Exkremente; die eine, eine ältere Jungfrau, ziert sich aber, ihr Alter anzugeben; die andere, eine Malerin, freut sich an der schönen Farbe jener Speise.

Auf Anstaltsfeste u. dgl. Anlässe reagieren die Kranken verschieden. Im ganzen haben sie etwas Steifes, bei Spielen fällt der Mangel an Initiative auf. Die Anregbarkeit ist zeitlich in der Weise verändert, daß es oft lange dauert, bis die Kranken in Stimmung kommen; dafür ist sie oft quantitativ gesteigert, indem viele immer mehr vom Festtaumel ergriffen werden und nicht mehr aufhören können. Ein Ball aber, bei dem man die Kranken etwas ausliest, läßt gewöhnlich für den Laien nicht viel oder gar nichts Auffallendes erkennen.

Die ethischen Eigenschaften der Schizophrenen sind sehr verschieden. Im großen und ganzen sind die Kranken in dieser Richtung abgestumpft, wie in anderen. Da sie sehr wenig aktiv sind, werden aber merkwürdig wenige zu eigentlichen Verbrechern. Allerdings betreten einzelne erst nach der Erkrankung die Laufbahn eines Diebes oder Betrügers. Es ist dann nicht zu sagen, ob bloß eine vorher gehemmte Anlage zum Vorschein gekommen ist oder ob erst die Krankheit die verbrecherischen Triebe erzeugt hat. Im ganzen kann man von der moralischen Seite den Schizophrenen nicht mehr und nicht weniger trauen als den Gesunden (schlimmer ist ihre Unberechenbarkeit). Aber im allgemeinen wird von den Kranken wohl eher weniger gestohlen, betrogen, gelogen, verleumdet als von Gesunden. In leichteren Fällen tritt sogar oft andauernd eine ganz peinliche Gewissenhaftigkeit hervor. Nichts mit der Ethik zu tun haben natürlich die Attentate infolge von Wahnideen, die vom Standpunkte des Kranken aus nichts als berechtigte Notwehr sind.

So ist der Charakter der Schizophrenen so mannigfaltig wie der der Gesunden. Allerdings gibt die Gleichgültigkeit allen vorgeschrittenen Fällen äußerlich gemeinsame Züge; auch die Neigung, sich abzuschließen, und die geringe Beeinflußbarkeit sind auffallende Eigenschaften, die sich oft wiederholen, ebenso die Launenhaftigkeit und Reizbarkeit. Einzelne behalten trotz aller Erschwernis einen liebenswürdigen Charakter bis weit in die Krankheit hinein, andere werden zu Scheusalen der verschiedensten Kategorien, rachsüchtig, grausam, lügnerisch, allen Ausschweifungen hingegeben. Die Krankheit kann aber auch manche ab ovo schlechte Personen durch den Energieverlust unschädlich, wahrscheinlich aber nicht besser machen.

Die niederen Triebe und die mit ihnen zusammenhängende Gefühlsbetonung körperlicher Vorgänge leiden etwas weniger als die höheren Affekte, aber der Unterschied ist nicht so groß, daß ein solches Verhalten im einzelnen Falle regelmäßig nachzuweisen wäre. Kraepelin schildert das häufige Vorkommnis, daß die Kranken ohne Gruß oder andere Zeichen gemütlicher Anregung die Besuche ihrer Angehörigen empfangen, aber eifrigst deren Taschen und Körbe nach Eßwaren durchstöbern, die sie sich sofort, mit vollen Backen kauend, bis auf den letzten Rest einzuverleiben pflegen. Umgekehrt sind viele

Kranke ganz unempfindlich gegen Hunger und Durst, gegen Schlafstörungen, gegen Mißhandlungen aller Art. Extreme Füllung des Rektums und der Blase, unbequeme Körperhaltung sind bei ihnen oft nicht von unangenehmen Gefühlen begleitet. Auch die schrillsten oder heftigsten akustischen Reize werden oft nicht unangenehm empfunden, ebenso der Blendungsschmerz; ich habe mehrere Kranke gesehen, die mit Vergnügen anhaltend in die Sonne blickten. Warum sie sich die Retina nicht verbrannten, weiß ich nicht; besonders enge Pupillen habe ich bei keinem dieser Patienten gesehen, allerdings konnte ich nicht in den kritischen Momenten untersuchen.

* * *

Die Kranken verhalten sich ihren affektiven Störungen gegenüber sehr verschieden. Die meisten bemerken sie nicht, halten ihre Reaktion für die normale. Intelligentere aber können unter Umständen sehr scharf darüber räsonieren. Im Anfang empfinden sie dann die Gefühlsleere geradezu schmerzlich, so daß sie leicht mit Melancholikern verwechselt werden. Einer unserer Katatoniker hielt sich für „vergleichgültiget", eine Patientin Jungs konnte nicht mehr beten wegen „Gefühlsverhärtung". Später verlegen sie die Veränderung sehr leicht in die Außenwelt; diese kommt ihnen auch aus affektiven Gründen schal, leer, anders vor. Das „anders" hat oft das Timbre des Unheimlichen, Feindlichen. — In anderer, aber sehr charakteristischer Weise, sprach sich eine intelligente Patientin Aschaffenburgs[1]) aus. Nach einem leichten Anfall befand sie sich subjektiv entschieden besser als vorher; denn während sie vorher, sobald in der Familie etwas zu helfen war, durch ihre moralischen Gefühle gezwungen war, ihre Ruhe oder auch ihre Gesundheit zu opfern, konnte sie nachher ohne jede Plage von seiten ihres Gewissens sich selbst leben. — Von manchen Hebephrenen wird die Gleichgültigkeit bewußt zur Schau getragen.

Gelegentlich behaupten die Kranken, starke Affekte zu haben, während das ganze Verhalten dem Beobachter gar keinen oder einen andern Affekt andeutet, als der Patient in sich spüren will [vgl. z. B. Schott (666), S. 262]. Ob solche Patienten etwas anderes mit dem Namen der Affekte bezeichnen als wir, oder ob sich das Phänomen durch Spaltung der Psyche erklärt, muß ich dahingestellt sein lassen.

Die körperlichen Erscheinungen der Affekte entsprechen nicht immer, aber doch im großen und ganzen der psychischen Seite. Manchmal drückt bloß eine einzelne Erscheinung, wie die Veränderung der Atmung (270 a), eine gemütliche Schwankung aus.

Besondere Erwähnung verdient nur das psycho-galvanische Phänomen (Veraguth, Jung), das sich auch hier als Index für den Ablauf der Affektivitätswelle bewährt. Allerdings sind noch weitere Studien sehr erwünscht. Wir können zurzeit nur sagen, daß sich die Gleichgültigkeit und der Stupor in ganz geradem Verlauf der Ruhekurven ausdrückt, daß sich aber auch labile Kurven nicht selten finden, so namentlich bei Halluzinanten. Die Reaktionen auf psychische und physische Reize sind im ganzen abgeschwächt, in schweren Fällen bis auf Null. Ricksher und Jung fanden bei ihren Paranoiden verlangsamten Verlauf der Schwankungen.

---

[1]) Mündliche Mitteilung.

Eine ähnliche Bedeutung hat wohl das von Bumke und Kehrer (Archiv für Psychologie, Band XLVII, S. 945) gefundene Fehlen der Volumsschwankungen der Glieder, der Puls- und Atmungsveränderungen unter Schmerz- und Kältereizen (vgl. auch die Pupillenreflexe).

* * *

Besonders auffällig ist die bei Schizophrenen häufige Parathymie. Auf traurige Botschaften können die Kranken mit Fröhlichkeit oder doch mit Lachen reagieren; auf Erlebnisse, die anderen angenehm oder gleichgültig sind, werden sie manchmal traurig oder noch häufiger gereizt; der bloße alltägliche Gruß kann sie aus der Fassung bringen. Manchmal knüpfen sie erotische Gefühle an irgend etwas oder jemanden, der gar nicht dazu geeignet erscheint; eine Patientin erzählt, das Badewasser sei vergiftet gewesen, es habe einen ganz bitteren Geschmack gehabt, dabei lacht sie aber in erotisch verschämter Weise. Andere Kranke lieben Nebenpatienten ohne Rücksicht auf Geschlecht, Häßlichkeit und eventuelle Ekelhaftigkeit derselben. Sie erzählen lachend von ihren halluzinatorischen Qualen, stellen sich mit vergnügter Miene als Unglückswesen hin (Foersterling, S. 288). Eine besonders häufige Form der Parathymie ist das laute Herauslachen ohne Anlaß oder bei ganz unpassenden Gelegenheiten. Die Parafunktion der Affekte kann sich auch in den quantitativen Verhältnissen der Gefühle untereinander ausdrücken, so wenn eine Patientin Masselons bei der Nachricht vom Tode des Bruders laut auflacht, weil sie sich freut, Briefe mit schwarzem Rand zu bekommen, während sie den Verlust des Bruders nicht mit Gefühlen betont.

Auf dem Gebiete des Geschmackes und des Geruches sind die Parathymien oft sehr in die Augen fallend. Viele Kranke verschlingen mit Behagen Dinge, die den Gesunden nur unangenehme Empfindungen machen: Käfer, Sägespäne, Drähte, Löffel, Erde, Petrol, und dann namentlich häufig die eigenen flüssigen und festen Exkremente. Ein Katatoniker, den ich fragte, warum er seinen Urin trinke, gab mir zur Antwort: „Herr Direktor, wenn Sie das einmal versucht hätten, so würden Sie nie mehr etwas anderes trinken," und dabei machte er ein selig verzücktes Gesicht.

Nicht immer läßt sich die Parathymie von der Paramimie unterscheiden.

Eine unserer Katatonischen, die bei der Aufnahme melancholisch erschien, erzählte bald nachher die Aufnahmsformalitäten in ganz angenehmem Sinne; der Händedruck des Arztes z. B. sei ihr als etwas Heiliges erschienen. Eine andere Katatonika geht auf eine Pflegerin, die sie ganz gerne hat, zu und sagt ihr ohne jeden Grund mit der freundlichsten Miene und im liebevollsten Ton; „ich meine, ich wolle dir gleich die Schnauze verhauen, so eine nennt man doch einen Sauhund". Eine dritte Patientin tanzt und trällert ein lustiges Lied, macht aber dazu ein verzweifeltes Gesicht und eine traurige Stimme.

Zu einer Art Paramimie führt auch der oben erwähnte Mangel an Einheitlichkeit im Ausdruck. Eine Patientin beklagte sich über ihre Stimmen und Körperhalluzinationen: Mund und Stirne zeigten deutlichen Abscheu, die Augen freudige Erotik; nach einiger Zeit nahm auch der Mund den Ausdruck der Fröhlichkeit an, während die Stirne finster und gerunzelt blieb. Sie gab selber

an, daß die Gefühle, die sie als unangenehm beschrieben, in gewisser Beziehung auch angenehm gewesen seien. So können alle einzelnen Bestandteile der Mimik (inklusive Stimme, Haltung, Bewegung der Hände, der Füße usw.) dissoziiert und untereinander widersprechend reagieren.

γ) Die Ambivalenz.

Die Neigung der schizophrenen Psyche, die verschiedensten Psychismen zugleich mit negativem und positivem Vorzeichen zu versehen (Ambivalenz), ist zwar nicht immer sehr ausgebildet. Doch findet man sie bei längerer Beobachtungsdauer meist auch in leichten Fällen, und sie ist eine so direkte Folge der schizophrenen Assoziationsstörung, daß ein vollständiges Fehlen unwahrscheinlich wird. Wir führen sie deswegen unter den Grundsymptomen an.

Die nämliche Vorstellung kann zu gleicher Zeit mit angenehmen und unangenehmen Gefühlen betont sein (affektive Ambivalenz): der Gatte liebt und haßt seine Frau. Die Halluzinationen berichten der Mutter den „ersehnten" Tod des Kindes vom ungeliebten Manne, sie bricht in nicht endenwollendes Jammern aus. Sie hat die größte Angst, man wolle sie erschießen, und bittet die Umgebung beständig, man solle sie erschießen. Sie meint, es stehe draußen ein schwarzer Mann; nun fleht sie im buntesten Durcheinander, unter Aufwand von Tränen, Anklammern und Gewalt ebenso oft, man solle sie hier behalten, wie, man solle sie zu dem Manne hinausgehen lassen; sie verbigeriert: „Du Teufel, du Engel, du Teufel, du Engel" (gemeint ist der Geliebte).

Bei der Ambivalenz des Willens („Ambitendenz") will der Patient zugleich essen und nicht essen; er setzt Dutzende von Malen an, den Löffel zum Munde zu führen, bringt es aber nicht fertig oder macht ganz andere unnütze Bewegungen. Er drängt aus der Anstalt, widersetzt sich aber unter lebhaftem Schimpfen, wenn man ihn entlassen will. Er verlangt Arbeit, ärgert sich aber, wenn man ihm welche anweist, und kann sich nicht entschließen, sie zu tun. Er macht sich in einem ersten Anfall schwere Gewissensbisse, daß er einmal in der Jugend einem andern Knaben am Penis gesaugt habe, sucht aber einige Jahre später mit beständiger roher Gewalt den anderen Patienten am Penis zu saugen. Die Stimmen raten ihm, er solle sich ertränken, und verspotten ihn zu seiner Verwunderung im gleichen Satze deshalb, weil er sich ertränken will.

Intellektuelle Ambivalenz ist es, wenn der Patient in einem Atemzug sagt: „Ich bin der Dr. A.; ich bin nicht der Dr. A." oder: „Ich bin ein Mensch wie ihr, wenn ich auch kein Mensch bin" (Foersterling). Solche Reden hört man recht häufig, und zwar ohne daß im zweiten Satz den gleichen Worten eine andere Bedeutung gegeben wäre als im ersten (bei Foersterlings Patienten wäre noch an eine solche Unklarheit zu denken).

Ein philosophisch gebildeter Katatoniker machte selbst die Beobachtung: „Wenn man einen Gedanken ausspricht, sieht man immer einen Gegengedanken. Das verstärkt sich nun und geht so schnell, daß man wieder nicht weiß, welcher der erste war" und in naiverer Weise meinte ein anderer, den ich darauf aufmerksam machte, daß er seiner Frau auf einen sehr freundlichen Brief einen

Abschiedsbrief schreibe: „Ich hätte ebensogut einen andern Brief schreiben können; guten Tag sagen oder Abschied nehmen, das ist das Gleiche."

So kann man auch beliebig oft konstatieren, daß die Patienten den Widerspruch gar nicht merken, wenn man ihre negative Antwort positiv nimmt. Ich frage einen Kranken: „Haben Sie Stimmen?" Er verneint es bestimmt. Ich fahre fort: „Was sagen sie denn?" — „Na, allerlei." Oder es kommt nun sogar ein bestimmtes Beispiel als Antwort. — Noch öfter ergibt sich aus Reden und Benehmen der Kranken, daß sie einen Gedanken zugleich positiv und negativ denken, wenn das auch nicht immer so in die Augen springt wie in der Satzfolge: „Sie hatte kein Taschentuch; mit dem Taschentuch hat sie's erwürgt." Es gehört hierher, wenn eine Idee durch ihr Gegenteil ausgedrückt wird: Ein Patient beklagt sich, daß ihm der Hauptschlüssel weggenommen werde, während er verlangen will, daß man ihm den Hauptschlüssel gebe. In der „Grundsprache" Schrebers heißt „Lohn": „Strafe", „Gift": „Speise" usw.

Die drei Formen der Ambivalenz lassen sich, wie schon aus einzelnen der Beispiele hervorgeht, nicht scharf auseinander halten. Affektivität und Willen sind ohnehin nur Seiten einer einheitlichen Funktion; aber auch die intellektuellen Gegensätze sind oft von den affektiven nicht zu trennen. Die Mischung von Größenwahn mit Verfolgungswahn und Kleinheitswahn ergibt sich aus Wunsch und Befürchtung oder daraus, daß der eigene Wert bald bejaht, bald verneint wird. Der Patient ist besonders mächtig, und er ist zugleich machtlos; der Geliebte oder die Beschützer werden ganz alltäglich auch die Verfolger, ohne die erste Rolle aufzugeben. Seltener ist es, daß Feinde zu Gönnern werden (eine katholische Paranoide war altkatholisch geworden, wähnte sich dann vom Papst verfolgt, der ihr aber schließlich viele Millionen schenken wollte). Ähnlich ist es, wenn sich viele Kranke zwar über Verfolgung beklagen, aber meinen, daß diese zu ihrer Belehrung, Besserung oder als Vorstufe zur Erhöhung dienen müsse.

Wieder etwas anders zeigt sich die gemischte Ambivalenz auch in den folgenden Beispielen: eine Patientin rühmt und schilt ihren Mann, ihre Vermögensverhältnisse; auch noch vieles andere sagt sie durcheinander positiv und negativ; es ist ganz unmöglich zu verstehen, in welchem Sinne sie es denkt. — Ein Hebephrene setzt mit großem Affekt in schimpfendem Tone auseinander, daß ihm die Zeit in der Anstalt nie zu lang, sondern zu kurz sei, wobei er sich nicht etwa versprochen hatte; er hatte aber einige Zeit vorher auf „lang" assoziiert „Zeit". — Die Kranken, die glauben, der Arzt wolle sie vergiften, und ihn dennoch festhalten, oder die sich bitter über Ärzte und Wärter beklagen, um, wie als Fortsetzung des Vorhergesagten, im nächsten Augenblick ihr dankbares Herz überschwenglich über sie auszuschütten, sind bekannt.

Die Ambivalenz hat auch alle Übergänge zum Negativismus namentlich im Form der Ambitendenz. Ferner werden wir sehen, daß sie bei der Ausgestaltung der Wahnideen von Bedeutung ist.

b) Die intakten Funktionen.

Zum Unterschied von den organischen Psychosen finden wir bei der Schizophrenie mit unseren gegenwärtigen Untersuchungsmitteln Empfindung,

Gedächtnis, „Bewußtsein“ und Motilität nicht direkt gestört. Ein ganz intensiver Krankheitsprozeß kann vielleicht auch diese Funktionen alterieren; wir können aber daraus entstehende Störungen in keinem Falle von den sekundären unterscheiden. Die Anomalien, die wir auf diesen Gebieten kennen, sind alle sekundäre und somit zufällige Erscheinungen, obschon sie wie z. B. die Halluzinationen oft das ganze Krankheitsbild beherrschen. Sie sind unter den „akzessorischen“ Symptomen anzuführen.

Man findet in der Literatur Berichte über Alterationen dieser Funktionen. Sie beruhen aber auf Täuschungen durch den Negativismus, die Gleichgültigkeit und Denkfaulheit, namentlich aber durch das In-den-Tag-hineinantworten der Kranken. Diese und ähnliche Fehlerquellen hat Masselon übersehen, wenn er (457, S. 115) sagt, es sei selten, daß die Kranken das Jahr, den Monat, den Tag kennen; ja die Jahreszeiten sollen sie nach ihm oft nicht wissen. Man muß sich immer auf indirektem Wege gründlich über die Kenntnisse der Kranken informieren; aus bloßen negativen Antworten darf man nie auf ein Nichtwissen schließen. Die einfache Frage nach der Jahrzahl wird z. B. sehr häufig falsch beantwortet, während die gleichen Kranken, etwa wenn sie einen Brief schreiben, sich vollständig im Datum orientiert zeigen. Eine aus der Strafanstalt hergekommene Patientin „weiß“ die Jahreszahl 1899 nicht, sie gibt aber gleich nachher an, sie sei „1897 ins Gefängnis gekommen, also zwei Jahre dort gewesen“.

Häufig werden Störungen dadurch vorgetäuscht, daß Untersucher und Untersuchter nicht die gleiche Sprache sprechen. Der Patient nimmt symbolisch, was der Arzt im eigentlichen Sinne versteht. So behauptet ein Kranker, er könne nicht sehen, er sei blind, während er ganz gut sieht, aber die Dinge nicht „als Wirklichkeit“ wahrnimmt. Eine Patientin, die im übrigen viele Beweise richtiger zeitlicher Orientierung gegeben hatte und sich seit vielen Wochen in der Anstalt aufhielt, behauptete auf die Frage, wie lange sie hier sei, mit großer Bestimmtheit, sie sei drei Tage da. Diese Zeitbestimmung von drei Tagen war ihr aber identisch mit der „mein ganzes Leben“. Sie gab dann selber die Erklärung, daß der erste Tag der gewesen sei, da sie in ihrer frühesten Jugend sich sittlich vergangen habe, der zweite, da sie das gleiche als erwachsene Tochter getan, der dritte sei jetzt noch nicht fertig; letzteres in unzweideutigem Hinblick darauf, daß sie die Liebe auf den Abteilungsarzt übertragen hatte. Ebenso häufig kommt das Umgekehrte vor: irgend eine uneigentliche Redensart wird vom Patienten wörtlich genommen.

Besonders wichtig ist es zu wissen, daß die Kranken in vielen Beziehungen eine doppelte Buchführung haben. Sie kennen ebensogut die richtigen Verhältnisse wie die verfälschten und antworten je nach den Umständen im Sinne der einen oder der andern Art der Orientierung — oder beider zugleich, letzteres namentlich häufig bei Personenverkennungen: Der Arzt „ist jetzt da als Dr. N.“ (sc. zu anderen Zeiten ist er der frühere Geliebte).

α) Die Empfindung und Wahrnehmung.

Die Empfindung äußerer Reize an sich geht normal von statten. Die Kranken beklagen sich zwar etwa darüber, daß alles anders erscheine als sonst, und wir konstatieren nicht selten den Mangel des „Bekanntheitsgefühles“; da handelt es sich aber um den Ausfall von gewohnten Assoziationen (vgl. Kapitel „Sinnestäuschungen“) und namentlich um Veränderung der Gefühlsbetonung (siehe oben), nicht um Empfindungsstörung; auch dem Normalen kommen

unter Umständen gewisse Wahrnehmungen auf einmal anders vor als sonst und die „graue Färbung der Welt“ kennen wir von der Melancholie her. Noch häufiger nimmt man an, daß die Empfindungen, die uns von den Organen des Körpers zugehen, bei der Krankheit alteriert seien, und man hat darauf eine Anzahl von komplizierteren Symptomen zurückführen wollen. Es ist aber unmöglich, die Sensationen der Patienten von Halluzinationen und Illusionen zu unterscheiden, zu denen sicher viele, wenn nicht alle, dieser Parästhesien gehören. Jedenfalls kann man häufig nachweisen, daß solche Empfindungen die Folge von affektbetonten Vorstellungen sind, während eine primäre Empfindungsstörung noch nicht sicher nachgewiesen ist.

Rosenfeld (626/7) behauptet, daß bei der Katatonie der stereognostische Sinn häufig gestört sei. Ich habe das trotz eifrigem Suchen nicht gesehen und kann den Verdacht nicht los werden, der Autor habe sich durch den Negativismus, die Sperrungen oder den schlechten Willen der Patienten täuschen lassen.

Wiersma hat bei drei Fällen von „Paranoia“ Verlängerung der Reiznachwirkung beobachtet, doch nicht so konstant, daß man schon Schlüsse aus dieser Notiz ziehen könnte.

Nicht selten ist, auch bei ganz besonnenen Patienten, vollständige Analgesie vorhanden, die sowohl die tiefen Teile wie die Haut betrifft. Die Kranken können sich deshalb absichtlich oder unabsichtlich schwere Verletzungen zufügen, ein Auge ausdrücken, sich auf den heißen Ofen setzen und die Glutäen verbrennen usw. Nach Alter (11, S. 252) kann die Schmerzempfindung durch die Aufmerksamkeit ausgelöscht werden.

Auch bei der Wahrnehmung, die wir bei unseren Beobachtungen nicht immer scharf von der Empfindung zu trennen vermögen, kennen wir bis jetzt keine primären Störungen; denn die Halluzinationen und Illusionen dürfen wir natürlich nicht dazu rechnen. Ebenso wenig ist es eine Wahrnehmungsstörung, wenn die Bannung die Kranken nicht von einem Sinneseindruck loskommen läßt, oder wenn Sperrungen die Empfindungen und Wahrnehmungen vom Bewußtsein abschließen. Letzteres ist nicht so selten. Ein hebephrener Student beklagte sich, daß er manchmal plötzlich vom Vortrag nichts mehr höre; es sei, wie wenn er taub würde; ein anderer sah auf einmal nichts mehr, was er sich durch irgend einen geheimnisvollen Einfluß erklärte; eine Katatonika hat „wie einen Schlag“; es ist dann plötzlich, wie wenn ihr die Ohren zugingen, sie hört nur noch den Schall, versteht aber nichts.

Busch und Kraepelin haben gefunden, daß die Schizophrenen bei Wahrnehmungsversuchen am Schußplattenapparat wie an der Drehtrommel mehr Fehler und namentlich mehr Auslassungen aufweisen als die Gesunden. Die Zahl der richtigen Lesungen ist etwas vermindert, bewegt sich aber bei manchen Kranken innerhalb der Breite der Gesunden. Natürlich haben die akuten und besonders die stuporösen Kranken die schlechtesten Resultate. Die Versuche weisen aber mit Deutlichkeit darauf hin, daß man es im wesentlichen nicht mit einer Wahrnehmungsstörung, sondern mit Störungen der Aufmerksamkeit und des höheren Interesses zu tun hat. Auch die Neigung zu Stereotypien spielt in manchen Fällen eine Rolle. Ebenso die Schwierigkeit, Vorstellungen von Wahrnehmungen zu unterscheiden. Die Kranken haben bei falschen Lesungen von ungenau Erfaßtem mehr Sicherheitsgefühl als die Gesunden. Charakteristisch ist, daß die Autoren bei einer Patientin, die sie als Hysterika auffassen, die nämlichen Störungen fanden wie bei den Schizophrenen.

An anderem Orte führt Kraepelin (388, Bd. II, S. 177) an, daß sehr kurz einwirkende Reize regelmäßig sehr unvollkommen wahrgenommen werden. Mit exakten Apparaten konnten wir die Versuche nicht nachprüfen. Die Beobachtung der Reaktion auf äußere Reize, beim Spielen, bei Prügeleien, die Untersuchung mit möglichst kurz-dauerndem Vorzeigen von Bildern, haben uns aber bei gutem Willen und guter Aufmerksamkeit der Patienten (und bei Fehlen von „Benommenheit") noch keine Anomalien der Auffassung ergeben, wenn wir Negativismus, Interesselosigkeit, affektive Abspaltung, Benommenheit u. dgl. ausschließen konnten. Sogar in ausgesprochen deliriösen Zuständen können Kranke aus dem Ton von Schritten, entferntem Räuspern u. dgl. mindestens so gut auf das Nahen bestimmter Personen schließen wie Gesunde. Wir möchten deshalb die Frage noch offen lassen, ob es sich bei den Kraepelinschen Ergebnissen nicht um Störungen der Aufmerksamkeit, der Ideenassoziationen oder anderer zentraler Vorgänge handelt. Kraepelin selber fügt jener Mitteilung hinzu, „daß die Kranken neben spärlichen richtigen immer eine ganz ungewöhnlich große Anzahl von völlig falschen Angaben machen, ein Zeichen dafür, daß die Neigung zu willkürlichem Vorbringen beliebiger sich darbietender Vorstellungen gesteigert war".

β) Die Orientierung.

Auch die Verarbeitung der Wahrnehmungen zur räumlichen und zeitlichen Orientierung ist eine ganz gute; sogar delirierende Schizophrene sind zum großen Teil im Raum, ja auch in der Zeit orientiert. Immerhin sind hier starke sekundäre Störungen nicht selten. Massenhafte Halluzinationen können der Psyche statt der wirklichen Wahrnehmungen eine solche Menge falscher Bilder der Umgebung beibringen, daß die richtige Auffassung unmöglich wird. Wer um sich einen Königssaal, nicht aber die Krankenabteilung sieht, ist natürlich während dieser Zeit nicht imstande, sich richtig zu orientieren. Wer aus Komplexgründen in der Zeitrechnung acht Tage voraus zu sein wähnt, wird in den meisten Zusammenhängen ein verfrühtes Datum nennen. Wer die Wahnidee hat, mit Christus auf der Welt gewesen zu sein, kann seine Geburt und sein Alter nur richtig angeben, wenn er diese Idee gerade nicht berücksichtigt. Er wird also bald richtig, bald falsch antworten, je nach der Konstellation. Überhaupt tritt die doppelte Buchführung nirgends so hervor wie bei der Orientierung. Ein Patient kann jahrelang fast nichts als Wortsalat sagen und dementsprechend handeln und daneben alles, was um ihn geht, auf Tag und Stunde registrieren.

Die Orientierung in der allgemeinen Situation, die Erkenntnis des eigenen Verhältnisses zu den Nebenmenschen und deren Strebungen und Einrichtungen beruht auf recht verwickelten Verstandesschlüssen, die bei unseren Kranken häufig unmöglich sind, teils infolge der Assoziationsstörung, teils infolge von Wahnideen. Wer zu seinen logischen Operationen nicht mehr alle die Assoziationen herbeiziehen kann, die sich auf seine Stellung zu den Vorgesetzten beziehen, der kann sich auch kein klares Bild über seine Position verschaffen, und wer sich durch Intrigen verborgener Feinde in der Anstalt interniert glaubt, kann nicht ermessen, daß es für ihn am besten sei, daselbst zu bleiben. So ist denn bei Schizophrenie diese Orientierung in der eigenen Lage sehr häufig gestört, bei den Anstaltskranken sogar fast immer. Die Orientierung in Raum und Zeit aber ist nie primär gestört.

γ) Das Gedächtnis.

Auch das Gedächtnis als solches leidet bei der Krankheit nicht. Die Patienten reproduzieren so gut wie Gesunde ihre Erlebnisse aus der Zeit vor und nach der Erkrankung — in vielen Fällen die letzteren sogar besser als Gesunde, indem sie registrieren wie die photographische Kammer, die das Unwesentliche ebensogut fixiert wie das Wichtige. So können sie oft mehr Einzelheiten angeben, als ein Normaler erzählen würde, was z. B. bei Tatbestanduntersuchungen in der Anstalt von Vorteil sein kann. Auch Daten und ähnliche Äußerlichkeiten halten die Kranken oft mit bewunderungswürdiger Zähigkeit fest, und besonders manche Paranoide sind imstande, von allen Ereignissen, über die sie in ihren langen Eingaben berichten, auch das Datum anzugeben. „Ich kenne Fälle von Paranoia, bei denen eine eigenartige Alteration des Gedächtnisses auffällt, die fast wie eine Art Hyperfunktion (Hypermnesie) aussieht. Die betreffenden Paranoiker erinnern sich jedes noch so geringen Details einer längst vergangenen Begebenheit . . . [1])“.

Die allmähliche Usur der Erinnerungen fehlt natürlich bei unseren Kranken nicht. Manche Schulkenntnisse gehen mit der Zeit verloren. Wenn man aber vergleicht, was der Normale alles wieder vergißt, z. B. von seiner Gymnasialgelehrsamkeit, so muß man oft staunen, wieviel vom Erinnerungsschatz bei unseren Kranken noch hängen geblieben ist. Sogar körperliche Fertigkeiten, bei denen nach der gewöhnlichen Anschauung auch die Übung der Gelenke und Muskeln eine Rolle spielen sollte, können nach vieljähriger Pause plötzlich wieder benutzt werden, wie wenn sie immer geübt worden wären. Eine Katatonische, die während dreißig Jahren sozusagen keine normale Bewegung gemacht und seit Jahren kein Klavier mehr berührt hat, kann plötzlich irgend ein technisch schwieriges Stück richtig und mit Ausdruck spielen.

Trotzdem hören wir in den Anamnesen alltäglich, daß die „Vergeßlichkeit“ eines der ersten oder eines der wichtigsten Symptome der Krankheit gewesen sei, und die Patienten selber klagen häufig über ihr Gedächtnis. Auch Beobachter wie Masselon (457, S. 105) finden das „Gedächtnis“ bei der Dementia praecox geschwächt. Dieser Autor will sogar gefunden haben, es sei schlecht für kompliziertere Dinge, gut für einfache (S. 117)[2]).

Auch Ziehen findet bei allen seinen „Defektzuständen“ Gedächtnisschwäche, wenn auch bei der „sekundären Demenz“ zunächst nicht so deutlich wie bei der Paralyse[3]).

---

[1]) Berze (58, S. 443). Der Autor zählt unser Paranoid zur Paranoia.

[2]) Masselon meint auch (S. 110), es können keine Details wiedergegeben werden; auch das ist unrichtig. Wenn er ferner erwähnt, daß eine Hebammenschülerin alle ihre während des Studiums erworbenen Kenntnisse verloren habe, sich aber an die Kindheit erinnere, so ist das ein Zufall, der in den Komplexen der Patienten liegen muß — oder auch in der Art des Fragens. Richtig beobachtet ist dagegen, wenn Masselon eine „Stereotypie des Gedächtnisses“ findet: es kommt wirklich häufig vor, daß auch die Gedächtnisleistungen, wie andere Funktionen sich stereotypieren, so daß bei nur entferntem Anschlagen eines bestimmten Themas immer wieder das gleiche Gedächtnismaterial, oft sogar mit denselben Worten, reproduziert wird.

[3]) Auch bei der Idiotie respektive Imbezillität ist mir trotz nicht ganz kleiner Erfahrung die Gedächtnisschwäche nicht begegnet, obschon sie da auch noch andere Autoren als Ziehen beschreiben. Unsere Begriffe von „Gedächtnis“ müssen voneinander abweichen.

Der scheinbare Widerspruch ist sehr leicht zu heben. Gut ist eben bei der Schizophrenie die Registrierung des Erfahrungsmaterials und die Aufbewahrung der Gedächtnisbilder. Gestört kann aber sein die Reproduktion des Erlebten in einem bestimmten Moment, was selbstverständlich erscheint, wenn man bedenkt, daß dieselbe auf dem Wege der Assoziationen geschehen muß, daß sie von der Affektivität beeinflußt wird, und daß gerade diese beiden Funktionen bei der Schizophrenie besonders stark leiden.

Die Sperrungen sind beim Reproduzieren von Erinnerungen während der ärztlichen Untersuchung recht häufig und hindern zeitweise die Wiederbelebung der Gedächtnisbilder, vor allem die der gefühlsbetonten Komplexe. Die Entgleisungen der Assoziationen bringen falsche Antworten in Menge hervor: die Interesselosigkeit oder gar negativistische Tendenzen verhindern eine richtige Überlegung und begünstigen das In-den-Tag-hineinantworten und das Vorbeireden.

So ist es selbstverständlich, daß wir beim Ausfragen der Schizophrenen sehr häufig gar keine oder falsche Antworten bekommen; ob nun die Antwort eine Leistung des Gedächtnisses oder eine Überlegung verlange, das Resultat ist in der Regel ungefähr gleich; die Kranken antworten auch ebenso unrichtig, wenn sie etwas Aktuelles erläutern sollten. Daraus ersehen wir, daß wir die Störung nicht ins Gedächtnis verlegen dürfen. Natürlich laufen kompliziertere und weniger geübte Funktionen mehr Gefahr an einer dieser Klippen zu scheitern als einfache und alltägliche, so daß Masselon in gewisser Beziehung recht bekommt. Wenn man aber das numerische Verhältnis beachtet zwischen dem Versagen der einfachen Operationen und der komplizierteren, so muß man zu der Überzeugung kommen, daß die einfachen psychischen Tätigkeiten durch den pathologischen Prozeß ebensowohl getroffen sind wie die komplizierteren; der Einfluß der Krankheit wird nur bei den letzteren häufiger manifest, gerade wie der Einfluß der normalen Usur des Gedächtnisses die Erinnerung an den Ort, wo man in die Schule gegangen, weniger schädigt, als etwa die an die Erlebnisse Alexanders des Großen.

Das Gedächtnis als solches ist also für unsere jetzigen Beobachtungsmittel bei der einfachen Schizophrenie nicht gestört; alteriert ist manchmal die assoziative Wiederbelebungsfähigkeit der Erinnerungsbilder; dies aber sekundär durch die allgemeinen Störungen aller assoziativen und affektiven Prozesse und nur für bestimmte psychische Konstellationen.

Mir scheint es selbstverständlich, daß ein Idiot eine Rede, ein Ereignis, das er nicht verstanden hat, so wenig im Gedächtnis behalten kann, wie ich eine chinesische Oper; dennoch gibt es viele Imbezille, die von unverstandenen Details mehr im Gedächtnis behalten als die meisten Normalen (Einmaleins, ganze Predigten) und die verstandene Erlebnisse nach Jahrzehnten noch mit großer Plastik reproduzieren, auch wenn sie der Sprache kaum mächtig sind. Ich nenne eine Prüfung nur dann eine Gedächtnisprüfung, wenn sie sich möglichst unabhängig macht von anderen Störungen, so bei der Idiotie von dem Mangel an Verständnis, bei der Schizophrenie von den Sperrungen, der Interesselosigkeit, der Denkfaulheit.

So kann es kommen, daß die Patienten vergeßlich erscheinen, daß sie sich oft auf die einfachsten Dinge nicht besinnen können, daß ihnen entfällt, was sie eben tun wollten, oder gar, daß sie wie Senile, ohne es zu merken, in der gleichen Gesellschaft mehrmals hintereinander das nämliche fragen. Vor allem aber ist wichtig, sich zu merken, daß die Kranken je nach den Umständen die gleiche Sache bald wissen, bald „vergessen" haben.

Natürlich kann die Gedächtnisfunktion auch noch durch andere psychische Momente geschädigt werden. Es kann begegnen, daß ein Patient über die Zeit vor seiner Erkrankung ganz gute und klare Auskunft gibt, sich dann aber bei den Schilderungen aus der kranken Zeit in Unklarheiten und Weitläufigkeiten ergeht, so daß es unmöglich wird, zu verstehen, was er sagen will. Das kann seinen Grund darin haben, daß sich die psychischen Erlebnisse der Krankheit gar nicht in den Worten der gewöhnlichen Sprache schildern lassen. Mitwirken wird auch der Umstand, daß die Erlebnisse der Krankheit für den Patienten wie für die Zuhörer des logischen Zusammenhanges entbehren, so daß beide auch bei ganz richtiger Reproduktion einen konfusen Gedankengang vor sich zu haben wähnen. Die nicht seltenen Amnesien und Paramnesien gehören zu den akzessorischen Symptomen.

Busch hat die bemerkenswerte Tatsache gefunden, daß bei Leseversuchen an der Schußplatte eine Pause von 10 Sekunden zwischen Wahrnehmung und Reproduktion, die bei Gesunden die Resultate verbessert, bei Schizophrenen eine Verschlechterung bewirkt, die auch bei einer Pause von 30 Sekunden noch vorhanden ist. Wahrscheinlich hat dieses Verhalten mehr Beziehung zu der mangelhaften Verarbeitung der Eindrücke bei Schizophrenen als zu dem, was wir Gedächtnis nennen.

δ) Das Bewußtsein.

Dem Ausdruck „Störungen des Bewußtseins", der sich bis zu einem gewissen Grade mit dem alten Namen der „Trübung des Sensoriums" deckt, entspricht kein klarer Begriff. Orientierung und Gedächtnis bilden einen wesentlichen Bestandteil des Bewußtseins in diesem Sinne[1]). Das „Zeit- und Orts-

[1]) „Bewußtsein" hat zunächst die Bedeutung der (nicht beschreibbaren) Eigenschaft der psychischen Vorgänge, die das empfindende Wesen vom Automaten unterscheidet. Dieses Bewußtsein ist vorhanden oder es fehlt; letzteres nicht bei psychotischen Zuständen, sondern im Koma, in tiefer Ohnmacht. Es gibt keine Störung im Sinne einer Parafunktion des Bewußtseins. Man kann sich dasselbe höchstens insofern quantitativ verändert denken, als zu gleicher Zeit viele oder wenige Vorgänge bewußt sein können, und als die Vorgänge, um bewußt zu werden, eine mehr oder weniger hohe Intensität haben müssen. Diese Auffassungen lassen sich aber nicht durchführen: Das „Bewußtsein" eines Idioten hat gewiß sehr oft viel weniger Inhalt als das eines im Dämmerzustand befindlichen intelligenten Epileptikers oder Träumers, und doch nennen wir das erstere normal, das zweite getrübt. Und was die notwendige Stärke der Reize betrifft, so kann in einem „Dämmerzustand" ein minimaler Reiz ganz gut bewußt werden, der im Normalzustand des gleichen Menschen gar nicht beachtet würde. (Hysterischer Dämmerzustand!) Auch sind die inneren Reize in den Dämmerzuständen meist sehr bewußt, ohne daß wir Grund hätten, eine besondere Stärke derselben anzunehmen. Wir wissen ja über die dynamischen Verhältnisse der psychischen Vorgänge überhaupt nichts. — Eine ganz andere Bedeutung bekommt das Wort „Bewußtsein", wenn man schon bei lückenhafter Orientierung und ungenügendem Rapport mit der Außenwelt von einem „gestörten Bewußtsein" spricht; es gibt sogar Leute, die von einer Bewußtseinsstörung reden, wenn Wahnideen auftreten. Manchmal galt auch die nach-

bewußtsein" ist ja nichts anderes als die Orientierung in Zeit und Raum. Immerhin kommt bei den Bewußtseinsanomalien („Trübungen des Sensoriums") meist noch hinzu eine primäre Störung nicht nur in der Zusammensetzung der Sinneseindrücke zu einem Zeit- und Ortsbilde, sondern auch eine Alteration der Empfindung und Wahrnehmung: die Sinnesreize werden zu einem großen Teil (niemals alle!) gar nicht erfaßt oder dann illusionistisch umgedeutet; dafür schafft sich die Psyche von innen heraus eine eigene Welt, die nach außen verlegt wird. Wir reden dann von Dämmerzuständen.

In dem Sinne nun, daß die Patienten den sinnlichen Zusammenhang mit der Umgebung verlören, ist in den Dauerzuständen der Schizophrenie das Bewußtsein nicht alteriert; die Schizophrenen verhalten sich in dieser Beziehung wie Gesunde. Dagegen gibt es recht häufig akute Syndrome, die einem hysterischen Dämmerzustand ganz analog sind, und Verwirrtheitszustände verschiedenster Genese. Ferner kann das Dauersymptom des Autismus (folgendes Kapitel) in gewissem Sinne eine Störung des Bewußtseins genannt werden.

ε) Die Motilität.

Die Motilität erweist sich unseren jetzigen Untersuchungsmethoden gegenüber nur in akzessorischer Weise alteriert (Katalepsie usw.). Die Patienten sind unter Umständen sehr gewandt, die psychomotorische Seite der Sprache zeigt nichts Abnormes, ebensowenig die der Schrift[1]); sogar so fein abgestufte Bewegungen wie die des Violinspielens scheinen nicht gestört; immerhin wird ein vollendetes Spiel selten sein, aber aus Gründen der musikalischen und affektiven Auffassung.

B. Die zusammengesetzten Funktionen.

Die komplizierten Funktionen, die aus dem Zusammenwirken der bis jetzt genannten resultieren: Aufmerksamkeit, Intelligenz, Wille und Handeln, sind natürlich gestört, insofern die sie bedingenden Elementarfunktionen, von denen hier nur die Assoziationen und die Affektivität in Betracht kommen, alteriert sind. Eine ganz besondere und für die Schizophrenie charakteristische Alteration aber erleidet das Wechselverhältnis des Binnenlebens mit der Außenwelt. Das Binnenleben bekommt ein krankhaftes Übergewicht (Autismus).

---

trägliche Erinnerung als Index für das Vorhandensein von Bewußtsein zu einer bestimmten Zeit. — Daß mit einem solchen Begriff nichts anzufangen ist, sollte klar sein. — Ebenso ungeschickt ist der Begriff des Selbstbewußtseins, mit dem auch viel Unklarheit gezüchtet wird. Wer ein Bewußtsein hat, verwechselt sich sicher nicht mit der Außenwelt, er muß auch Selbstbewußtsein im Sinne der Psychologen haben. Auch das Selbstbewußtsein kann also nicht wohl alteriert sein. Versteht man aber darunter die Auffassung der eigenen Persönlichkeit, so wollen wir lieber diesen letzteren und klareren Namen für die Erscheinung brauchen.

[1]) Vgl. die akzessorischen Anomalien der Schrift weiter unten, ferner 271 und 272.

α) Das Verhältnis zur Wirklichkeit. Der Autismus.

Die schwersten Schizophrenen, die gar keinen Verkehr mehr pflegen, leben in einer Welt für sich; sie haben sich mit ihren Wünschen, die sie als erfüllt betrachten, oder mit den Leiden ihrer Verfolgung in sich selbst verpuppt und beschränken den Kontakt mit der Außenwelt so weit als möglich.

Diese Loslösung von der Wirklichkeit zusammen mit dem relativen und absoluten Überwiegen des Binnenlebens nennen wir Autismus[1]).

In weniger ausgesprochenen Fällen hat die Wirklichkeit nur affektiv und logisch an Bedeutung mehr oder weniger eingebüßt. Die Kranken bewegen sich noch in der Außenwelt, aber weder Augenschein noch Logik haben Einfluß auf Wünsche und Wahn der Kranken. Alles was den Komplexen widerspricht, existiert einfach nicht für das Denken oder Fühlen.

Eine viele Jahre lang als neurasthenisch verkannte intelligente Dame hat „eine Mauer um sich gebaut, so eng, daß es ihr oft war, wie wenn sie in einem Kamin wäre".

Eine sonst ganz salonfähige Patientin singt in einem Konzert, kann aber nicht mehr aufhören. Das Publikum fängt an zu pfeifen und Lärm aller Art zu machen; sie kümmert sich nicht darum, singt weiter und fühlt sich, als sie fertig ist, sehr befriedigt. Ein gebildetes Fräulein, dem man von der Krankheit kaum mehr etwas anmerkt, setzt plötzlich vor Zeugen ihre Fäzes mitten in den Salon und begreift die Entrüstung der Umgebung gar nicht. Ein Patient gibt mir seit zehn Jahren von Zeit zu Zeit Zettel, auf denen immer die gleichen vier Worte stehen, die bedeuten, daß er unrechtmäßig interniert ist; es macht ihm nichts aus, mir gleich ein halbes Dutzend der Zettel zugleich zu geben; das Unsinnige begreift er nicht, wenn man ihn zur Rede stellt. Dabei hat dieser Kranke ein gutes Urteil über die anderen und arbeitet selbständig auf der Abteilung. Auch sonst geben uns die Schizophrenen oft eine Menge Briefe, ohne eine Antwort zu erwarten, oder sie stellen uns mündlich gleich ein Dutzend

---

[1]) Autismus ist ungefähr das gleiche, was Freud Autoerotismus nennt. Da aber für diesen Autor Libido und Erotismus viel weitere Begriffe sind als für andere Schulen, so kann das Wort hier nicht wohl benutzt werden, ohne zu vielen Mißverständnissen Anlaß zu geben.

Der Name Autismus sagt im wesentlichen von der positiven Seite das nämliche, was P. Janet (321) negativ als „perte du sens de la réalité" bezeichnet. Wir können aber den letzteren Ausdruck nicht ohne weiteres akzeptieren, weil er das Symptom viel zu allgemein faßt. Der Sens de la réalité fehlt dem Schizophrenen nicht ganz, er versagt nur für diejenigen Dinge, die sich gerade in Widerspruch gestellt haben zu seinen Komplexen. Unsere doch relativ schweren Anstaltspatienten können zum größten Teil solche Anstaltsbegebnisse, die für ihre Komplexe irrelevant sind, sehr richtig auffassen und behalten. Man kann von ihnen detaillierte Anamnesen erhalten, die sich bestätigen usf., kurz sie zeigen alle Tage, daß ihnen der Sinn für Auffassung der Wirklichkeit nicht abhanden gekommen ist, sondern daß diese Fähigkeit nur in gewissen Zusammenhängen gehemmt und verfälscht wird. Der gleiche Kranke, der sich jahrelang nicht um seine Familie gekümmert hat, kann auf einmal eine Menge richtiger Gründe aufzählen, wie notwendig er zu Hause sei, wenn ihm darum zu tun ist, seinen Verfolgern in der Anstalt zu entkommen. Das hindert ihn aber nicht, die übrigen Konsequenzen aus seinen Überlegungen ungezogen zu lassen. Wenn er wirklich entlassen wird, oder wenn man ihm leicht erfüllbare Bedingungen der Entlassung stellt, so fällt es ihm in den wenigsten Fällen ein, etwas zur Realisierung der „Wünsche" für seine Familie zu tun.

Fragen nacheinander, ohne uns nur Zeit zu einer Antwort zu geben. Sie prophezeien auf einen bestimmten Tag irgend ein Ereignis. Es stört sie so wenig, wenn das Vorausgesagte nicht eintritt, daß sie in vielen Fällen nicht einmal eine Ausrede suchen.

Auch wo die Wirklichkeit scheinbar mit den krankhaften Gebilden der Patienten identisch ist, wird sie oft ignoriert.

Das Wünschen so vieler Patienten dreht sich um die Entlassung; gegen die wirkliche Herausnahme bleiben sie gleichgültig. Einer unserer Kranken mit ausgesprochenem Kinderkomplex machte einen Mordversuch auf seine Frau, weil er in zehn Jahren nur vier Kinder von ihr bekam; gegen die wirklichen Kinder ist er ganz gleichgültig. Andere lieben eine bestimmte Person; ist sie leibhaftig vor ihnen, so macht das keinen Eindruck auf sie; stirbt sie, so bleiben sie gleichgültig. Der Kranke verlangt beständig nach dem Abteilungsschlüssel; wenn er ihn bekommt, weiß er nichts damit anzufangen und gibt ihn wieder zurück. Er versucht tausendmal in einem Tage die Tür zu öffnen; sperrt man sie nicht zu, so wird er verlegen und weiß nichts zu machen. Er verfolgt den Arzt auf der Visite beständig mit: „Erlauben Sie, Herr Dr.". Fragt man ihn, was er wünsche, so ist er ganz verwundert und weiß nichts zu sagen[1]). Eine Mutter verlangt wochenlang mit Aufbietung aller Künste, ihr Kind zu sehen; hat sie die Erlaubnis, so will sie lieber ein Glas Wein. Eine Frau verlangt jahrelang die Scheidung vom Mann; ist sie endlich geschieden, so glaubt sie gar nicht daran, wird wütend, wenn man sie nicht mit dem Familiennamen des Mannes anredet. Viele Kranke verzehren sich in Angst vor dem Tod, nehmen aber selbst nicht die mindeste Rücksicht auf Erhaltung ihres Lebens und bleiben von wirklichen Bedrohungen ganz unberührt.

Der Autismus ist gar nicht immer auf den ersten Blick zu bemerken. Das Benehmen vieler zeigt zunächst nichts Auffallendes; erst bei längerer Beobachtung sieht man, wie sehr sie immer eigene Wege suchen, und wie wenig sie die Umgebung an sich herankommen lassen. Auch schwerer kranke Chronische haben oft in den gleichgültigen Alltäglichkeiten eine ganz gute Verbindung mit der Umgebung; sie plaudern, nehmen an Spielen teil, suchen oft noch Reize auf — aber sie wählen aus; ihre Komplexe haben sie für sich; sie sagen nie ein Wort davon und wollen nicht, daß sie von außen berührt werden.

So wird die Gleichgültigkeit der Kranken gegenüber dem, was ihr nächstes und größtes Interesse sein sollte, verständlich. Andere Dinge sind für sie die wichtigeren. Sie reagieren nicht mehr auf Einwirkungen von außen, und sie erscheinen „stuporös," auch wenn keine andere Störung das Wollen und Handeln hemmt. Die Außenwelt muß ihnen oft geradezu feindlich vorkommen, indem sie sie in ihren Phantasien stört. Es gibt aber auch Fälle, wo der Abschluß nach außen einen gegenteiligen Grund hat: Namentlich im Anfang scheuen manche Kranke ganz bewußt den Kontakt mit der Wirklichkeit, weil ihre Affekte zu stark sind, und sie alles vermeiden müssen, was ihnen Emotion machen kann. Die Gleichgültigkeit gegen die Außenwelt ist dann eine sekundäre, entspringend aus übergroßer Empfindlichkeit.

Der Autismus wird von vielen Kranken auch äußerlich ausgedrückt (natürlich gewöhnlich unbeabsichtigt). Nicht nur, daß sie sich um nichts in der

---

[1]) Eine Patientin, die den Arzt hatte kommen lassen, wußte nach einigen Augenblicken der Perplexität ihren Wunsch dadurch auszudrücken, daß sie auf seinen Ehering zeigte.

Umgebung kümmern, sie sitzen beständig da mit abgewandtem Gesicht, nur die leere Mauer betrachtend; oder sie schließen die Sinnespforten, ziehen die Schürze oder die Bettdecke über den Kopf, ja die zusammengekauerte Stellung, die in früheren Zeiten, da man die Kranken mehr sich selbst überließ, recht häufig war, scheint darauf hinzudeuten, daß sie auch die ganze Sinnesfläche der Haut möglichst nach außen abzuschließen bestrebt sind.

Mißverständnisse, die aus autistischem Ideengang entspringen, können die Patienten gar nicht oder nur schwer korrigieren.

Eine Hebephrene liegt (in schlechter Stimmung) auf einer Bank. Da sie mich sieht, will sie sich aufsetzen. Ich bitte sie, sich nicht zu derangieren. Sie antwortet in gereiztem Ton, wenn sie nur sitzen könnte, würde sie nicht liegen; d. h. sie hat sich eingebildet, daß ich ihr einen Vorwurf mache, weil sie auf der Bank liege. Ich wiederhole mehrmals mit verschiedenen Worten die Aufforderung, ruhig liegen zu bleiben; sie wird nur immer gereizter. Alles was ich sage, wird im Sinne ihres autistischen Gedankenganges falsch gedeutet.

Die autistische Welt ist für die Kranken ebensogut Wirklichkeit wie die reale, wenn auch manchmal eine andere Art Wirklichkeit. Oft können sie beide Arten von Wirklichkeit nicht auseinanderhalten, sogar wenn sie sie im Prinzip unterscheiden. Ein Patient hat vom Dr. N. sprechen hören; gleich nachher frägt er, ob das eine Halluzination gewesen sei, oder ob wir von Dr. N. gesprochen haben. Busch hat die schlechte Unterscheidung von Vorstellung und Wahrnehmung auch durch seine Leseversuche nachgewiesen.

Der Wirklichkeitswert der autistischen Welt kann auch ein größerer sein als der der Realität; die Kranken halten dann ihre Phantasiegebilde für das Reale, die Wirklichkeit für etwas Vorgetäuschtes; sie glauben dem Zeugnis ihrer eigenen Sinne nicht mehr. Schreber bezeichnet seine Wärter als „flüchtig hingemachte Männer“. Der Kranke kann zwar wissen, daß andere Leute die Umgebung so und so beurteilen; er weiß auch, daß er sie selber in dieser Form sieht, aber das ist ihm nicht wirklich: „Man sagt, daß Sie der Herr Doktor seien, aber ich weiß es nicht.“ Auf einer höheren Stufe sagt der Kranke: „Aber ich glaube es nicht“, oder gar: „Aber Sie sind eigentlich der Minister N.“ In den höchsten Graden wird die Wirklichkeit umillusioniert und zu einem erheblichen Teil durch Halluzinationen ersetzt (Dämmerzustände).

In den gewöhnlichen halluzinatorischen Zuständen ist zwar die höhere Einschätzung der Einbildungen die Regel; doch handeln und orientieren sich die Kranken daneben noch im Sinne der Wirklichkeit. Viele handeln allerdings gar nicht, auch nicht mehr im Sinne ihrer autistischen Gedanken. Das mag in einem Stuporzustand vorkommen, oder es kann der Autismus selbst einen so hohen Grad erreichen, daß sogar das Handeln die Beziehungen zu der von der Psyche abgesperrten Wirklichkeit verloren hat, und die Kranken so wenig auf die reale Welt einzuwirken versuchen wie ein Träumender. Natürlich laufen die beiden Störungen: die Motilitätssperrung des Stupors und die Außerachtlassung der Wirklichkeit, häufig nebeneinander.

Besonnene Kranke erscheinen oft viel weniger autistisch als sie sind, weil sie die autistischen Gedanken unterdrücken können oder sich mit ihnen nur

theoretisch beschäftigen[1]) wie gewisse Hysterische, ihnen aber für gewöhnlich keinen oder nur einen ganz geringen Einfluß auf ihr Handeln gestatten. Diese Kranken behalten wir aber nicht mehr unter unseren Augen; wir entlassen sie als gebessert oder geheilt.

Ein vollständiger und andauernder Abschluß gegen die Außenwelt kommt, wenn überhaupt, nur etwa in den höchsten Graden von Stupor vor. In den leichteren Fällen existieren die reale und die autistische Welt nicht nur nebeneinander, sondern sie verquicken sich oft in der unlogischesten Weise miteinander. Der Arzt ist nicht nur in einem Moment der Anstaltsarzt und im andern der Schuster S., sondern er ist beides im gleichen Gedankeninhalt des Kranken. Eine Patientin, die noch ziemlich gesellschafts- und weitgehend arbeitsfähig ist, macht sich eine Puppe aus Lumpen, die sie als das Kind ihres eingebildeten Liebhabers betrachtet. Als dieser nach Berlin verreist, will sie es ihm nachsenden, geht aber vorsichtigerweise zuerst zur Polizei, um zu fragen, ob es nicht als Betrug betrachtet werden könne, wenn sie dieses Kind als Gepäck und nicht mit Personenfahrkarte reisen lasse.

Den Inhalt des autistischen Denkens bilden Wünsche und Befürchtungen; Wünsche allein in den nicht gerade häufigen Fällen, wo der Widerspruch mit der Wirklichkeit nicht gefühlt wird; Befürchtungen, wenn die sich den Wünschen entgegenstellenden Hindernisse empfunden werden. Auch da, wo keine eigentlichen Wahnideen entstehen, ist der Autismus nachweisbar in der Unfähigkeit der Kranken, mit der Wirklichkeit zu rechnen, in ihrer unpassenden Reaktion auf die Einwirkungen von außen (Reizbarkeit) und in ihrem Mangel an Widerstand gegen irgend welche Einfälle und Triebe.

Wie das autistische Fühlen der Wirklichkeit abgewandt ist, so hat das autistische Denken seine besonderen Gesetze: der Autismus benutzt allerdings die gewöhnlichen logischen Zusammenhänge, so weit es ihm paßt; ist aber durchaus nicht daran gebunden. Er wird von affektiven Bedürfnissen dirigiert. Daneben denkt er in Symbolen, in Analogien, in unvollständigen Begriffen, in zufälligen Verbindungen. Wendet sich der gleiche Patient der Wirklichkeit zu, so kann er unter Umständen wieder scharf und logisch denken. Wir haben also ein realistisches und ein autistisches Denken zu unterscheiden, und zwar beim gleichen Patienten nebeneinander. Im realistischen Denken orientiert sich der Kranke ganz gut in Zeit und Raum der Wirklichkeit; er richtet danach seine Handlungen, so weit sie uns normal erscheinen. Dem autistischen Denken entspringen die Wahnideen, die groben Verstöße gegen Logik und Anstand u. dgl. krankhafte Symptome. Die beiden Formen sind oft recht gut getrennt, so daß der Patient bald ganz autistisch, bald ganz normal denken kann; in anderen Fällen mischen sie sich bis zu vollständiger Durchdringung, wie wir oben gesehen.

Das Besondere, von der früheren Erfahrung Abweichende des autistischen Denkens braucht den Kranken nicht bewußt zu werden. Intelligentere Patienten können aber den Unterschied gegen früher

[1]) Nichts anderes als eine autistische Betätigung ist die bei jungen Hebephrenen so häufige Beschäftigung mit den „höchsten Fragen“, d. h. denen, die man nicht entscheiden kann, wo die Realität nicht mitspricht. — Freud nennt Zweifel und Unsicherheit eine Vorstufe seines Autoerotismus. (Jahrbuch für Psychanal., Bd. I, S. 410.)

jahrelang empfinden, meist schmerzlich, seltener als Annehmlichkeit. Sie beklagen sich, daß die Wirklichkeit anders aussehe als früher; die Dinge und Personen sind eigentlich gar nicht mehr das, als was sie bezeichnet werden; sie sind anders, fremd, haben keine Beziehungen mehr zum Patienten. Eine entlassene Patientin „lief wie in einem offenen Grab herum, so fremd kam ihr die Welt vor". Eine andere „hat angefangen, sich in ein ganz anderes Leben hineinzudenken; wenn sie dann verglich, so war alles ganz anders; auch der Geliebte ist gar nicht so, wie sie sich ihn vorstellt". — Eine noch sehr intelligente Patientin hielt es für eine vorteilhafte Veränderung, daß sie sich nach Belieben in einen Zustand versetzen konnte, in dem sie die höchste (sexuelle und religiöse) Seligkeit empfinde, und wollte uns Anleitung geben, es ihr gleich zu tun.

Der Autismus darf nicht verwechselt werden mit dem „Unbewußten". Autistisches wie realistisches Denken können sowohl bewußt als auch unbewußt sein.

β) Die Aufmerksamkeit.

Als Teilerscheinung der Affektivität (74) leidet mit dieser auch die Aufmerksamkeit. Soweit Interesse vorhanden ist — also in den leichteren Fällen für die Mehrzahl der Erlebnisse und in den schweren für gefühlsbetonte Tätigkeiten (wie die Ausarbeitung von Fluchtplänen) — erscheint zwar die Aufmerksamkeit unseren jetzigen Beobachtungsmethoden normal. Wo aber der Affekt fehlt, mangelt auch der Trieb, den äußeren und inneren Vorgängen zu folgen und die Richtung der Sinne und der Gedanken zu dirigieren, d. h. die aktive Aufmerksamkeit.

Ganz anders wird die passive Aufmerksamkeit alteriert: Es ist zwar selbstverständlich, daß die interesselosen oder autistisch abgekapselten Patienten die Außenwelt sehr wenig beachten. Daneben aber wird merkwürdig viel von den Ereignissen registriert, um die sich die Patienten nicht kümmern. Die Auslese, die die normale Aufmerksamkeit unter den Sinneseindrücken trifft, kann bis auf Null herabgesetzt sein, so daß fast alles registriert wird, was den Sinnen zugeht. Die bahnende wie die hemmende Eigenschaft der Aufmerksamkeit ist also in gleicher Weise gestört.

Vorgänge auf der Abteilung, die die Kranken nicht berührten, Nachrichten aus Zeitungen, von denen sie nur beiläufig gehört haben, können nach Jahren noch mit allen Details reproduziert werden von Patienten, die ganz mit sich selbst beschäftigt schienen, die scheinbar immer in eine Ecke sahen, so daß man gar nicht begreifen kann, wie sie diese Dinge überhaupt erfahren konnten. Eine unserer Katatonischen, die sich einige Monate lang immer nur damit beschäftigt hatte, gegen die Wände Faxen zu machen, zeigte sich nach der Besserung darüber orientiert, was in der Zwischenzeit im Burenkrieg gegangen war; sie muß einzelne Bemerkungen der ganz blödsinnigen Umgebung aufgeschnappt und in geordneter Weise aufbewahrt haben. Eine andere, die während vieler Jahre kein vernünftiges Wort gesagt, keine vernünftige Handlung getan (nicht einmal selbst gegessen hatte), wußte den Namen des neuen Papstes eine Anzahl Jahre nach seinem Regierungsantritt, obgleich sie immer in protestantischer Umgebung lebte, in der man sich nicht um Rom kümmerte.

Die Tenazität und die Vigilität der Aufmerksamkeit können unabhängig voneinander sowohl im positiven wie im negativen Sinne alteriert sein,

aber die Störungen haben nichts für die Schizophrenie Charakteristisches[1]). Immerhin gibt es spezifische innere Störungen, die eine Hypovigilität verursachen, so wenn „die Gedanken abgezogen werden". Verliert sich der Gedankengang in Nebenbahnen, so kann von einer Tenazität nicht die Rede sein.

Der Erfolg der Aufmerksamkeitsspannung ist ein sehr verschiedener. Er kann normal sein. Anderseits können sich Patienten, auch wenn sie sich anstrengen, oft nicht recht konzentrieren, die Intensität der Aufmerksamkeit ist gestört. Meist leidet dann auch die Extensität: die Kranken sind nicht imstande, alle zu einer Überlegung notwendigen Assoziationen herbeizuziehen. Diese Störungen mögen mitbegründet sein in noch unbekannten primären Hemmnissen in den psychischen Prozessen; am meisten aber beeinflussen außer den Affekten natürlich die Assoziationsstörungen den Erfolg der Aufmerksamkeit. Ist der Ideengang ganz auseinandergefallen, so wird ohne abnorm starke Anstrengung ein richtiger Gedanke überhaupt unmöglich.

Die allgemeine Neigung einzelner Fälle zu Ermüdung läßt auch die Aufmerksamkeit rasch erlahmen; die meisten der chronischen Patienten zeigen aber eine normale oder sogar eine übernormale Fähigkeit, die Aufmerksamkeit angespannt zu erhalten, wenn es überhaupt zum aktiven Aufmerken kommt.

Präokkupation durch die Komplexe, Sperrungen und Bannungen verhindern die Kranken oft andauernd oder vorübergehend, einem bestimmten Gedankengang zu folgen, oder in der gewollten Richtung zu denken. So können manche einer Geschichte, die sie lesen, einer dramatischen Vorstellung nur bruchstückweise folgen, während andere das Gehörte und Gesehene in vorzüglicher Weise erzählen, und zwar merkwürdigerweise auch dann, wenn sie sich während des Zuhörens beständig mit Stimmen unterhalten haben. Auch die Aufmerksamkeit kann gespalten sein. — Sehr oft ist die Aufmerksamkeit wie die anderen Funktionen abgesperrt: mitten im Gespräch, in einer Arbeit, scheinen die Patienten einen anderen Gedankengang zu haben oder gar nicht zu denken. Merkwürdigerweise können sie in beiden Fällen mit voller Kenntnis des während der Unaufmerksamkeit Geschehenen weiter denken und z. B. eine scheinbar nicht aufgefaßte Frage nachträglich beantworten.

Bei manchen Katatonikern besteht ein Zwang, die Aufmerksamkeit auf bestimmte äußere oder namentlich innere Vorgänge zu richten. Besonders die Halluzinationen erzwingen sich oft dauernde Beachtung gegen den Willen des Patienten.

Der Zustand der Aufmerksamkeit in der Benommenheit, in traumhaften und halluzinatorischen Zuständen ist, weil einerseits zu schwer zu beschreiben und anderseits selbstverständlich, hier nicht berücksichtigt.

γ) Der Wille.

Der Wille, die Resultante aller der verschiedenen affektiven und assoziativen Vorgänge, ist natürlich in der mannigfaltigsten Weise gestört, vor allem durch das Darniederliegen der Gefühle. Schon leichtere Fälle kommen wegen ihrer Abulie nicht selten in Konflikt mit der Umgebung; die Kranken erscheinen faul und nachlässig, weil sie keinen Trieb mehr haben, irgend etwas zu tun, weder aus eigener Initiative noch auf Geheiß. Sie liegen jahrelang im Bett, oder wenn sie, in leichteren Fällen, noch Wünsche und Begehren haben,

[1]) Einen Teil des Begriffes der Vigilität deckt der der „Ablenkbarkeit" (siehe Seite 23).

tun sie nichts zur Realisierung dieser Wünsche. Wir sehen aber auch die andere Form der Willensschwäche, die darin besteht, daß die Kranken Antrieben, von innen oder außen, nicht widerstehen können; was sie gelüstet, was ihnen einfällt, das tun viele von ihnen gleich, teils ohne die Folgen zu überlegen, teils bei voller Einsicht in die Konsequenzen, aus Mangel an Widerstandsfähigkeit oder aus Gleichgültigkeit gegen die Folgen. Im Affekt sind sie deshalb zu allem fähig und können auch schwere Verbrechen begehen.

Unter Umständen indes kann man geradezu von Hyperbulie sprechen. Es gibt Kranke, die mit großer Energie durchführen, was sie sich in den Kopf gesetzt haben, sei es nun etwas Vernünftiges oder etwas Unsinniges. Sie können dann rücksichtslos gegen sich selbst sein, sich bis zum äußersten anstrengen, Schmerzen und Unbilden aller Art erdulden und sich durch nichts von ihrem Vorhaben abbringen lassen. In solchen Fällen können sie auch Ausdauer zeigen, die unter Umständen jahrelang anhält.

Anderseits sieht man häufig, die auch sonst so gewöhnliche Verbindung von Willensschwäche[1]) mit Eigensinn, indem je nach den Umständen das eine oder das andere zur Geltung kommt. Überhaupt erscheinen die meisten Patienten launenhaft, wankelmütig. Sie versprechen alles mögliche, ohne es zu halten. Bei den Anstaltsinsassen kommt es recht häufig vor, daß sie z. B. Arbeit verlangen, aber sofort versagen, wenn man ihnen Arbeitsgelegenheit gibt. Auch ihre Drohungen bleiben eben so oft unausgeführt.

Die Sperrungen sind auf dem Gebiete des Willens ganz besonders in die Augen fallend: es ist nicht selten, daß die Kranken wirklich etwas tun wollen, aber nicht können, indem ihnen der psychomotorische Apparat versagt. Wenn solche Willenssperrungen anhalten, haben wir eine Form des katatonen Stupors.

Unter anderen Umständen wieder können Zwangshandlungen und automatische Handlungen und die Formen der Befehlsautomatie auftreten. Diese Dinge gehören aber in ein anderes Kapitel (siehe unten, „Katatone Symptome").

δ) Die Person.

Die autopsychische Orientierung ist gewöhnlich normal. Die Kranken wissen, wer sie sind, so weit nicht Wahnideen die Person fälschen. Ganz intakt ist dennoch das Ich nirgends; es zeigt regelmäßig gewisse Alterationen, namentlich Neigung zu Spaltungen. Diese Störungen sind aber in den einfachen Fällen nicht so ausgesprochen, daß sie sich gut beschreiben ließen. Sie sollen deswegen unter den akzessorischen Symptomenkomplexen näher gekennzeichnet werden.

ε) Die schizophrene Demenz.

Die schizophrene Intelligenzstörung ist eigentlich durch den Zustand der Assoziationen und der Affektivität am klarsten gekennzeichnet. Die Beschreibung der Resultanten dieser Funktionen wird der unendlichen Mannigfaltigkeit

[1]) Willenschwäche hier sowohl im Sinne mangelnder Stärke der Triebkraft (Apathie) wie in dem der mangelnden Nachhaltigkeit und Einheitlichkeit des Wollens (Launenhaftigkeit, Leichtsinn) und in dem der Hemmungsdefekte.

derselben niemals gerecht werden. Wir können also nur in Stichproben die wichtigsten Richtungen der Störungen anführen.

Wir sprechen hier nur von der eigentlichen schizophrenen Demenz, nicht von der besonderen Färbung, die sie oft durch akzessorische Symptome bekommt.

Bei keiner Krankheit ist die Störung der Intelligenz mit den Worten Blödsinn und Demenz so unzulänglich bezeichnet wie bei der Schizophrenie. Von „definitivem Verlust der Erinnerungsbilder" oder anderen Gedächtnisstörungen, die zum Begriff der Demenz gehören sollen, ist eben hier nichts zu sehen. So kommt es, daß Psychiater von schweren Schizophrenen behaupten können, sie seien nicht dement, oder daß man, wie einige französische Autoren, das Bedürfnis fühlte, diese Form der Verstandesstörung als „Pseudodemenz" von den anderen abzutrennen. Eine Demenz im Sinne der organischen Psychosen ist etwas prinzipiell anderes; ebenso verschieden sind die mannigfaltigen Formen angeborenen Blödsinns, wenn auch die defekte Leistung des Intellektes schließlich bei den verschiedensten Arten der Störung zu einem äußerlich gleichen Resultat, zu ungeeigneter Reaktion auf die Verhältnisse der Außenwelt führen kann. Mit anderen Worten, der Begriff der Demenz ist nahezu so weit wie der der Geisteskrankheit überhaupt[1]) und enthält ebensoviel differente Unterabteilungen wie dieser.

Zunächst ist festzuhalten, daß auch bei einer hochgradigen Schizophrenie potentia alle bis jetzt der Prüfung zugänglichen Grundfunktionen erhalten sind. Während bei der Idiotie kompliziertere Zusammenhänge in Begriffen und Assoziationen gar nie gebildet werden, während bei den Organischen vieles, wenn auch nicht dem Gehirn, so doch der Benutzung durch die Psyche verloren gegangen ist, so kann auch der blödsinnigste Schizophrene unter geeigneten Umständen auf einmal irgend eine recht hohe Leistung produzieren („raffinierter" Fluchtversuch). Der schwere schizophrene Blödsinn ist (außer durch den stärkeren Mangel an Interesse und Betätigung) dadurch charakterisiert, daß unter allen Gedanken und Handlungen numerisch viele Fehlleistungen sind; ob eine gestellte Aufgabe schwierig oder nicht schwierig sei, ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Die Demenz der leichtesten Formen ist umgekehrt dadurch zu kennzeichnen, daß diese Leute für gewöhnlich ganz vernünftig, potentia aber jeder Dummheit fähig sind. Der leichte Paralytiker oder Imbezille macht seine Ungeschicklichkeiten da, wo eine für ihn zu komplizierte Überlegung vonnöten wäre; in einfacheren Dingen handelt er normal. Bloß bei diesen Kranken kann man die Grade der Demenz nach der Höhe der möglichen Leistungen abstufen, und auch da nur bei ganz vorsichtiger Prüfung unter Berücksichtigung der Konstellation, der Stimmung, der Ermüdung, individueller Eigentümlichkeiten usw. Wer von diesen Patienten nicht fähig ist, eine Multiplikation zu machen, wird einer Division noch weniger gewachsen sein; wer den Witz einer Fabel nicht erfaßt, wird einen Roman nicht verstehen, und wer umgekehrt den ganzen Zusammenhang eines Romans begreift, dem kann eine einfachere Geschichte

[1]) Wie unklar der Demenzbegriff ist, zeigt am besten die Diskussion über das Vorhandensein von Blödsinn bei Paranoia. Die einen halten die Paranoiker für dement, weil sie so unlogisches Zeug glauben und nach demselben handeln; die andern halten sie nicht für dement, weil sie in ihrem Berufe als Architekten, Richter, Gelehrte noch ganz richtig handeln.

keine Schwierigkeiten machen. Ganz anders bei der Schizophrenie: Ein Kranker, der zu einer bestimmten Zeit nicht 17 und 14 zusammenzählen kann, auch wenn er sich ernstlich anstrengt, löst auf einmal eine schwierige Rechenaufgabe oder hält eine wohlgesetzte und erfolgreiche Rede. Es kann ein Schizophrener die Handlungen, den Krankheitszustand und die Zweckmäßigkeit der ergriffenen Maßregeln bei seinen Nebenpatienten mit klarer Kritik beurteilen und zu gleicher Zeit nicht begreifen, daß er selber außer der Anstalt unmöglich ist, wenn er jede Nacht Skandal macht und die Leute prügelt. Ein Kranker kann jahrelang in blöder Euphorie auf seiner Bank gesessen und nichts als die banalsten Phrasen geäußert haben, um dann auf einmal an allen Arbeiten teilzunehmen und zu Hause in allen Beziehungen als geheilt zu erscheinen. Das äußere Bild des schizophrenen Blödsinnes wird deswegen viel mehr durch den Zustand der Affektivität, namentlich des Interesses und der Spontaneität, gekennzeichnet als durch die Intelligenzstörung im engeren Sinne. Diese ist im wesentlichen ein numerischer Begriff und läßt sich nicht nach der Höhe der möglichen Leistungen, sondern nach dem Verhältnis der richtigen zu den falschen Leistungen abstufen.

So ist es in allen Beziehungen unrichtig, wenn man versucht, den Blödsinn eines Schizophrenen mit der Intelligenz eines Kindes von bestimmtem Alter zu vergleichen (Rizor, S. 1027), und es zeugt von einer vollständigen Verkennung der schizophrenen Eigentümlichkeiten, wenn man glaubt, durch eine „Intelligenzprüfung“ — dauere sie ein paar Minuten oder ein paar Tage — den schizophrenen Blödsinn nachweisen oder ausschließen zu können. Der Bestand an Wissen bleibt ja im großen und ganzen erhalten, er steht aber nicht immer zur Verfügung oder wird in unrichtiger Weise verwertet. Was jedoch in der einen Konstellation der Psyche unzugänglich ist, das kann in der andern frei benutzt werden. Deshalb versagen auch die Ebbinghausschen Ergänzungsversuche wie die Heilbronnerschen (293 *a*) Bildertests bei dieser Krankheit sehr oft[1]) und unter allen Umständen sind sie dann unbrauchbar, wenn man die Intelligenz graduell bestimmen will. Das Leben, die Mängel in der Anpassung an die Umgebung, zeigen bei den leichteren Fällen allein, wie weit vorgeschritten der Blödsinn ist. In der Anstalt läßt sich eine kurzdauernde Prüfung am ehesten in der Form machen, daß man den Kranken über seine eigene Lage, den Grund der Internierung, sein Verhältnis zu den Gewalthabern, seine Zukunftspläne ausfragt. Doch kann auch da ein volles Verständnis vorhanden sein bei schweren Defekten auf anderen Gebieten.

Wenn man also bei unseren Kranken von intellektuellem Blödsinn sprechen will, muß man sich etwa so ausdrücken: Der Schizophrene ist nicht blödsinnig schlechthin, sondern er ist blödsinnig in bezug auf gewisse Zeiten, gewisse Konstellationen, gewisse Komplexe. Bei dem leichter Kranken sind die mangelhaften Funktionen die Ausnahmen; bei den schwersten Fällen, die teilnahmlos in unseren Pflegeanstalten herumsitzen, sind sie die Regel; dazwischen gibt es alle Übergangsformen. Der Unterschied zwischen leichtem und schwerem Blödsinn ist ein extensiver, nicht ein intensiver. Der leichte Schizophrene kann eben so große Dummheiten machen wie der Schwerkranke, aber er macht sie seltener.

[1]) Manche Patienten allerdings brauchen auch für richtige Lösungen abnorm lange Zeiten, und viele der schwerer Kranken sind einer solchen Aufgabe gar nicht gewachsen: sie füllen die Lücken mit unpassenden oder ganz falschen Wörtern aus und lassen dabei die Rücksicht nicht nur auf den Sinn, sondern auch auf die Grammatik außer acht.

Immerhin ist der intellektuelle Defekt nicht ein ganz regelloser, die besonders schlechten Leistungen sind z. B. an die gefühlsbetonten Komplexe gebunden. Ferner ist es selbstverständlich, daß bei jedem Grad der Erkrankung die Chancen für Alteration einer Verstandesfunktion um so größer sind, je komplizierter diese ist. Wenn durchschnittlich von 100 Assoziationen eine pathologisch ist, so wird die Funktion, die aus einigen wenigen Assoziationen besteht, nur selten gestört sein, die aus mehreren hundert Einzelfunktionen zusammengesetzte fast immer. Dazu kommt, daß den Schizophrenen offenbar die Fähigkeit der Zusammenfassung vieler Begriffe unter einem einheitlichen logischen Gesichtspunkt erschwert ist, was wieder die komplizierten Funktionen mehr schädigen wird als die einfachen. So werden also doch im großen und ganzen die höheren geistigen Funktionen stärker gestört sein.

Die Anomalie, die man schizophrenen Blödsinn nennt, setzt sich zusammen aus den Wirkungen der Assoziationsstörung, der Gleichgültigkeit und Reizbarkeit auf affektivem Gebiete und der autistischen Abschließung von den Einflüssen der Außenwelt.

Unter dem Zerfall der Assoziationen leiden schon die Begriffe. Allerdings erscheint die Hauptmasse derselben in den Dauerzuständen nicht viel weniger scharf als bei Gesunden; man sieht z. B. sehr wenig von der Verwaschenheit, wie sie bei den Begriffen blöder Epileptiker so auffallend ist, wenn auch da und dort die Neigung besteht, Allgemeinbegriffe zu brauchen, wo speziellere angezeigt wären. So nennen unsere Kranken eben eiserne Instrumente „Eisen" oder eine Schaufel „ein Hausgerät". Wenn auch solche Bezeichnungen außer bei speziellem Fragen selten sind, so handelt es sich doch meist um Anomalien der Begriffe und nicht bloß des Ausdruckes. Eine eigentliche schizophrene Verarmung an Begriffen in dem Sinne, daß einzelne derselben verloren gingen, kenne ich nicht. Dagegen werden die Begriffe nicht immer in allen ihren Bestandteilen gedacht. Es handelt sich dabei immer um Störungen, die von einem Moment auf den andern wechseln können. Einigermaßen konsequente und andauernde Defekte zeigen sich nur an Begriffen, die in Wahnideen verwoben sind oder sonst von gefühlsbetonten Komplexen konstelliert werden.

Wernickes Methode, die Kranken nach den Unterschieden verwandter Begriffe zu fragen, ist deshalb zur Untersuchung der Störung ganz ungenügend, wenn auch natürlich unter Umständen die Vergleichung und Unterscheidung unvollständig gedachter Begriffe leiden muß. Es ist äußerst wahrscheinlich, daß die Hebephrene S. 41 seiner Krankenvorstellungen den Unterschied von Stadt und Dorf sehr gut kannte, trotz ihrer sonderbaren Antworten, die übrigens gar nicht auf ein Nichtwissen, sondern höchstens auf eine Parafunktion der aktuellen Assoziationen deuten. Ebensowenig kann ich glauben, daß der Kranke Wernickes, der den Wärter für seine Schwester Laura hält[1]), die Erinnerungsbilder der männlichen und weiblichen Kleidung vergessen habe. Besonnene Schizophrene gehen mit solchen Begriffen und Erinnerungsbildern in der Regel ganz gut um; Ausnahmen machen sie nur bei bestimmten psychischen Konstellationen, z. B. wenn die Komplexe mitspielen, bei Unaufmerksamkeit, und dann aller Wahrscheinlichkeit nach auch in Zuständen stärkerer organischer Affektion. So assoziiert ein Hebephrener auf Faß — Rad und zeigt, daß ihm überhaupt die Begriffe Rad und Reif — zurzeit — ungefähr identisch sind. Der gleiche Kranke kann aber nachher diese Begriffe sehr gut unterscheiden.

[1]) Zitiert nach Sandberg. S. 627.

ohne daß die Krankheit eine Veränderung zeigte. Bei Verkennungen von Dingen wird oft nur ein Teil von deren Eigenschaften beachtet (die anderen sind nicht ganz „vergessen") und dann frei zu einem andern Gegenstand ergänzt: ein an der Wand hängendes Bild mit tiefem Rahmen ist z. B. ein Spucknapf; die Notleiter vor der Abteilung ist „unsere Scheunenleiter"; der Direktor ist Pfarrer F. (weil er hier dirigiert, wie Pfarrer F. im Krankenhaus); die Baumwollspinnerei, in der ein Patient gearbeitet hat, wird als Kleiderfabrik bezeichnet.

Durch die Verdichtung werden mehrere Begriffe in einen einzigen zusammengezogen. Namentlich mehrere Personen werden oft als eine aufgefaßt. Ein Patient ist sogar selbst Vater und Mutter seiner Kinder. Ein anderer unterscheidet während eines akuten Schubes, in dem er allerdings oft ganz leicht dämmerig erscheint, nicht zwischen seinen Kindern, wie sie jetzt sind und wie sie als Säuglinge waren; wenn von sexuellen Dingen und von Kindererziehung die Rede ist, fließen ihm seine Frau und sein eigenes Ich in einen unteilbaren Begriff zusammen; in ganz gleicher Weise vermengt er hiesige und häusliche Verhältnisse: bei Fragen und anderen Anregungen kommt es aufs gleiche heraus, von welchem Teile dieses Begriffspaares er selbst oder der Untersucher redet, er sagt von beiden die gleichen Dinge aus, und es ist nicht möglich, eine Trennung zu erzwingen. Eine Patientin identifiziert die Jugendgeschichte Moses und den bethlehemitischen Kindermord.

Oft sind es die gefühlsbetonten Komplexe, welche die Umänderung der Begriffe determinieren.

Da spricht eine Patientin, die von der Zukunft etwas Außerordentliches erwartet, ganz selbstverständlich von ihren „zukünftigen Eltern". Ein Paranoider mit militärischem Ehrgeiz hat sich „als General in französischer und schweizerischer Uniform" abgebildet gesehen; die Vermischung der beiden Armeen stört ihn nicht, und auf den Einwand, daß die Schweiz gar keinen General habe, meint er, ein Oberst sei auch ein General. In solchen Fällen läßt es sich leicht nachweisen, daß nicht nur die Ausdrucksweise, sondern wirklich die Begriffe alteriert sind. Ein Hebephrene unterzeichnet einen Brief an die Mutter „dein hoffnungsvoller Neffe"; wie er dazu gekommen, ist nicht herauszubringen; Patient verteidigt den Unsinn damit, seine Mutter habe ja eine Schwester, und dieser sei er Neffe; sicher aber ist da die Vorstellung verwandtschaftlicher Verhältnisse wenigstens für einige Momente unklar geworden. Eine Katatonika hat eine Uhr zum Geschenk bekommen, an der sie Freude hat; sie hat aber auch Freude an ihrem übrigen Eigentum sowie an ihrem Schatz; alles das ist ihr ein einziger Begriff geworden, den sie meist mit dem Ausdruck „Geschenk" bezeichnet. — Hinter den uneigentlichen Ausdrücken der Halluzinanten stecken häufig stark erweiterte Begriffe; ein Hebephrene „hat zweimal Schmerzen gehabt, das ist Giftmord".

Die Identifikation zweier Begriffe auf Grund eines gemeinsamen Bestandteiles führt in vielen Fällen zum Symbol, das in den Wahnideen eine hervorragende Rolle spielt. Ein Patient unterzeichnet sich als „Anfang und Ende der Welt"; darin ist seine Wahnidee ausgedrückt. Das Symbol wird unseren Kranken gern zur Wirklichkeit; wenn sie ihre heimliche Liebe brennt, so können sie sich von wirklichen Menschen mit wirklichem Feuer gebrannt glauben. Ähnlich sind Vorstellungen wie die folgende: Ein Katatoniker macht mit den Brauen eine Bewegung wie Frl. N. und behauptet nun, mit ihr geschlechtlich verkehrt zu haben; die Geste des Frl. N. an seinem Körper ist ihm gleichwertig mit dem Frl. N. selbst.

Die Begriffsalterationen der Schizophrenie haben das eigentümliche, daß einfache Begriffe nahezu ebensogut gestört sein können wie komplizierte und schwierig zu erfassende. Ausschlaggebend ist in erster Linie die Zugehörigkeit zu einem gefühlsbetonten Komplex, die eine Begriffsbildung bald erleichtert, bald verhindert. Außerdem schwankt die Störung mit den Wellen der Krankheit, die bald den größten Teil des Denkens erfassen, bald wieder sich auf wenige Einzelfunktionen zurückziehen.

Mit den unausgedachten Begriffen lassen sich natürlich keine klaren Denkoperationen ausführen.

Ein träger Kranker hat endlich einmal eine halbe Stunde ein wenig gearbeitet. Nun glaubt er sich zum Bezuge aller möglichen und unmöglichen Belohnungen berechtigt und setzt die Arbeit wieder aus, weil er nichts erhält. Er denkt noch richtig, daß er für die Arbeit Belohnung bekommen müsse, aber er unterscheidet nicht zwischen halbstündiger und lang andauernder Arbeit, ebensowenig wie zwischen kleinen und großen Belohnungen; die kurze Arbeit ist ihm Arbeit überhaupt; unter Belohnung versteht er alles, was er gerade wünscht. Die Vorstellungen von Leistung und Lohn sind unklare, deshalb ist eine richtige quantitative Korrelation zwischen beiden Begriffen unmöglich.

Die unscharfe Begrenzung von Begriffen begünstigt ganz unsinnige Verallgemeinerungen mancher Vorstellungen.

Bei einem Paranoiden hört das halluzinierte Geräusch einer Maschine auf; nun hört für ihn die Anstalt auf. Ein anderer Paranoider hatte feierlich mit einem Gegner Frieden geschlossen; nun wollte er auch sonst als Friedensstifter auftreten. Ein Hebephrene gab seinem Vater eine grobe Antwort und glaubte nachher, er müsse sich für den Fehler reinigen; die Reinigung dehnte er schließlich auf alles mögliche aus, er wusch nicht nur sich und die Möbel, sondern legte auch die Kleidungsstücke aufs Dach, damit sie vom Regen gereinigt werden[1]). Die eigentlichen Wahnideen dehnen sich oft in der Form solcher Verallgemeinerungen aus.

Die Affektstörung wirkt in mannigfaltiger Weise auf die Intelligenz. Wo das Interesse fehlt, wird wenig gedacht oder nicht zu Ende gedacht. Hat der Kranke aber einmal eine ernste Strebung, so kann er ausnahmsweise zur Erreichung eines ersehnten Zweckes ganz scharfsinnige und komplizierte Deduktionen machen. Umgekehrt denken viele leichtere Paranoide nur dann unrichtig, wenn ihre Komplexe direkt in Betracht kommen. Schreber konnte seine Bevormundungsgutachten in scharfsinniger Weise kritisieren, während er die blödsinnigsten Wahnideen verteidigte.

Die intellektuelle Leistung wechselt überhaupt mit den gefühlsbetonten Komplexen, die die Überlegung bald unterdrücken, bald in ihren Dienst nehmen und begünstigen. (Mit diesen funktionellen Schwankungen sind nicht zu verwechseln die Schwankungen der Krankheit; oft erscheint ein Patient zu einer bestimmten Zeit deshalb blödsinniger, weil sein Krankheitsprozeß intensiver ist.)

Die Affektivitätsstörung ist die wichtigste Ursache des „Verlustes der psychischen Wertzeichen“ (Schuele). Auch Idioten und Organischen

[1]) Hier ist die Erweiterung des Begriffes zugleich eine Übertragung; das Gefühl der moralischen Unreinheit führt wie bei bloß Nervösen häufig zu übertriebener physischer Reinlichkeit.

mangelt oft das Gefühl für die Unterscheidung von Wesentlichem und Unwesentlichem; den Idioten, weil sie komplizierte Ideen nicht in ihrer Gesamtheit erfassen können, den Organischen aus dem gleichen Grunde und dazu noch, weil der Ideengang eingeschränkt wird auf das, was dem herrschenden Affekt entspricht. Bei der Schizophrenie ist der Vorgang viel komplizierter. Die Ideen werden in ganz unregelmäßigen Bruchstücken gedacht, die manchmal das Fernliegende enthalten, das Nächste vermissen lassen; die Affekte hemmen und bahnen die Assoziationen in noch viel ausgedehnterem Maße als bei den Organischen, und darüber hinaus sind sie selbst qualitativ und quantitativ verändert. Ist es dem Kranken gleich, ob seine Familie und er selbst zugrunde gehe, ob er immer eingesperrt bleibt, ob er im Schmutz liegt oder nicht, so können diese für andere so wichtigen Ideen keinen Einfluß auf die Überlegung haben. Hat ein solcher Kranker die Wahl, irgend eine Marotte aufzugeben oder seine Stelle zu verlieren, so entscheidet er sich ohne Besinnung für das letztere, weil nur die Marotte mit Affekt betont ist. Das ist eine der wichtigsten Seiten des schizophrenen Blödsinns.

Mit der Affektivität ist auch die Suggestibilität verändert. Sie ist im ganzen herabgesetzt; das erschwert die psychische Beeinflussung von außen, und erleichtert dem Patienten selbst die Benutzung eines eigenen Urteils, wo ein solches noch möglich ist. Intelligentere Schizophrene haben in dieser Beziehung geradezu einen Vorteil in der Durchführung neuer Ideen. Nicht nur, daß sie wegen der Lockerheit der Assoziationen vom Gewöhnlichen Abweichendes eher auffassen und konzipieren können als Normale; sie sind auch unabhängiger vom Urteil der anderen und haben deswegen die Kraft, Dinge durchzuführen, die Gesunden undenkbar erscheinen. Ich wurde einmal wegen eines Schizophrenen konsultiert, der jetzt daran ist, mit Hilfe der Staatsbehörden in verschiedenen Ländern Pläne von sehr weitgehender ökonomischer Tragweite zu realisieren, Pläne, die der Normalmensch auch etwa gedacht haben mag, aber für undurchführbar hielt. Jede neue Bewegung, sie sei gut oder schlecht, zieht regelmäßig Schizophrene in ihren Bann.

Allerdings verbindet sich in anderen Fällen die Oberflächlichkeit der Affekte mit der assoziativen Denkstörung zu einer übertriebenen Gläubigkeit. Ein äußerlich ganz besonnener, in den Zwischenzeiten als Setzer arbeitender Hebephrene ließ sich viermal unter dem immer gleichen Vorwand, man gehe wegen eines körperlichen Leidens zum Arzte, in die Anstalt bringen. In komplizierten Geschäften werden die Kranken gerne die Beute derjenigen, die sie zu nehmen wissen. Hypochondrisch Angelegten kann man durch eine Frage leicht eine Krankheit ansuggerieren. Natürlich bestimmt die Richtung der Komplexe die Richtung partieller Suggerierbarkeit; eine intellektuell noch sehr gut erhaltene Kranke mit hypochondrischen Ideen war von uns in zwei Monaten durch allerlei suggestive Bemühungen bedeutend gebessert worden. Ein Verkehr von nur wenigen Tagen mit einer Melancholischen brachte sie in den früheren Zustand zurück. Paranoide lassen sich durch jeden Dummkopf aufschwatzen, daß der oder jener ihr Feind oder ihr Helfer sei, während sie logischen Beeinflussungen gänzlich unzugänglich sind.

Auch gleichgültige Beeinflussungen nehmen Schizophrene oft auffallend leicht an. Einer Paranoiden antwortete ich einmal statt nein „noi“ mit schwä-

bischem Ton (der in gar keinem Zusammenhang mit unserem Gespräch stand). Sofort fing sie an, das schwäbische Idiom zu imitieren, obschon sie zu diesem in keiner Weise nähere Beziehungen hatte als jeder beliebige Zürcher. Sie blieb dann dabei bis zum Ende des Gespräches, obschon ich ihr keinen Anlaß mehr dazu gab.

Man kann auch frische wie längst erkrankte Schizophrene hypnotisieren; doch geht die Macht der hypnotischen Suggestion der Krankheit gegenüber nicht sehr weit.

Der Massensuggestibilität können sich viele Schizophrene besser entziehen wie Gesunde. Doch steigert sich auch hier der Einfluß irgend einer Suggestion, wenn sie einer Anzahl Personen zugleich gegeben wird. Schizophrene sind denn auch merkwürdigerweise das feinste Reagens auf den Spiritus loci. Es kann nicht Zufall sein, daß von Anstalt zu Anstalt, von Arzt zu Arzt, von Wärter zu Wärter die äußere Form der Krankheit so stark wechselt. Katalepsie, Negativismus, Hyperkinese, Gewalttätigkeit, Selbstmordtrieb, Notwendigkeit der Sondenfütterung und andern Zwanges, alles das ist nach Ort und Zeit quantitativ sehr verschieden, auch wenn man an leitender Stelle das Möglichste tut, die Behandlung gleichförmig zu machen. Die Suggestion geht aber nicht allein von dem Anstaltspersonal und den Einrichtungen aus, sondern ebensogut von den Patienten. Ein einzelner Kranker kann eine ganze Abteilung vergiften. Wenn jemand auf einer Abteilung geschickt den Ton angibt, so hat er gewöhnlich unter den aktiveren Schizophrenen rasch eine Anzahl Nachbeter; auf der einen Abteilung ist z. B. eine Speise verpönt, auf der andern eine andere, bis der Modemacher versetzt wird.

Die Macht der Suggestion kommt auch beim induzierten Irresein zur Geltung, wobei es sich ja oft so verhält, daß ein aktiver Schizophrener sein Wahnsystem einem latent schizophrenen Familienglied aufoktroiert.

Eine ganz besondere Erhöhung der Suggestibilität zeigt sich in der Form der Befehlsautomatie, die bei den katatonen Symptomen besprochen werden soll.

Der Stand der schizophrenen Intelligenz ist natürlich auch in wechselseitigem Zusammenhang mit dem Autismus. Dieser kann nicht ohne die Intelligenzschwäche entstehen, bewirkt dann aber seinerseits die blödsinnigsten Fehler der Logik durch den Ausschluß der Wirklichkeit vom Denkmaterial. So bei der „erotomanischen“ Jungfrau, die einen hochstehenden Herrn zu heiraten gedenkt, obschon der in Wirklichkeit gar nichts von ihr wissen will. Ein Hebephrene ernennt seinen Oheim zum General, damit er ihm besser helfen könne, als wenn er nur Oberst ist; die Assoziation, daß diese Ernennung gar keine Wirkung haben kann, wird nicht gemacht. — Auf die Frage: „Waren Sie auch schon in einer Anstalt?“ antwortet ein anderer Patient: „Nein, aber unschuldig“.

Mit dem Autismus hängt auch zusammen der verminderte Einfluß der Erfahrung. Gebrannte Schizophrene fürchten das Feuer gar nicht immer. Wenn es ihnen noch so schlecht bekommt, überlassen sie doch immer wieder die Führung ihren verdrehten Ansichten oder ihrer Nachlässigkeit. Allerdings gilt das nicht von allen Erfahrungen. Disziplinarstrafen und Belohnungen haben auch auf ganz schwere Kranke oft noch einigen erzieherischen Einfluß.

Am meisten Unordnung in das logische Denken bringt natürlich die Assoziationsstörung. Logisches Denken ist Reproduktion von Assoziationen gleich oder analog, wie sie die äußere Erfahrung eingeübt hat. Durch die

Lockerung der gewohnten Verbindungen zwischen den Begriffen wird das Denken von der Erfahrung losgelöst und kommt in falsche Bahnen; Sperrungen setzen gerade an den wichtigen Stellen ein, so daß der Kranke gewisse Dinge gar nicht fertig denken kann; und was das Schlimmste ist, statt der abgesperrten Assoziationen tauchen andere auf, die nicht zu diesem Ideengang oder nicht an diese Stelle desselben gehören. So kann die Geschichte von dem Esel, der zuerst mit Salz, dann mit Schwämmen durch den Bach gegangen ist, erzählt werden: „Man hat dem Esel soviel aufgeladen, bis es ihn erdrückt hat — —, dann ist es bei der katholischen Konfession der Brauch — —, man hat gesagt, das wäre die letzte Ölung, die man Sterbenden reiche."

Sind die unpassenden Ideenverbindungen sehr zahlreich, so kann es gar nicht zu einem Resultat des Gedankenganges kommen, weil die Denkrichtung beständig wechselt.

Viele logische Operationen mißlingen deshalb, weil ein beliebiger Gedanke sofort mit dem herrschenden Komplex verbunden wird (Beziehungswahn), oder weil umgekehrt die Patienten keine Verbindung mit den Komplexen finden können. So werden die meisten direkten Fragen nach den die Symptomatologie bestimmenden affektiven Ereignissen zunächst oder andauernd negativ beantwortet, oder die Patienten weichen aus. Die Kranken sind in die Irrenanstalt gekommen, „weil sie sich den Fuß verstaucht haben," oder sie sind (auf die Frage warum?) „in einer Droschke gekommen". Es handelt sich hier wirklich um ein Danebendenken, nicht nur um ein Danebenreden.

(Was sagen die Stimmen?) Ich habe auch zwei Kinder. (Wiederholung der Frage.) Man sagt hier vielerlei. (Wiederholung.) Nicht viel. (Wiederholung.) Ich rede überhaupt nicht viel. (Wiederholung.) Ja, nicht viel. (Wiederholung.) Ja, ich kann es nicht sagen. (Warum nicht?) Ich weiß es nicht. (Was sagen die Stimmen?) Ja, man redet etwa miteinander; zu viel rede ich nicht.

Diese Art des Denkens kann auf gleichgültige Themen übergreifen, ja sich ganz verallgemeinern. Die Frage, welches Datum wir haben, kann dann beantwortet werden mit: „das gleiche" (welches gleiche?) „eben das Datum, das wir heute haben". Derartige Antworten können von nicht benommenen Patienten gegeben werden, auch wenn sie sich anstrengen, richtig zu denken; sie kommen über solche allgemeine Redensarten nicht hinaus.

Den Eindruck hochgradigen Blödsinns macht namentlich das so häufige In-den-Tag-hineinantworten: (Wann geboren?) „1876". (Ist das richtig? Wann?) „1871". (Welches richtig?) „1872". (In Wirklichkeit ist gar keine dieser Zahlen richtig.) Namentlich bei Fragen, die bloß mit Ja oder Nein zu beantworten sind, muß man sich sehr hüten, die Antwort für bare Münze zu halten. Oft geht es folgendermaßen zu: (Wollen Sie aufstehen?) „Ja". (Wollen Sie im Bett bleiben?) „Ja".

Die ungenügende Hinzuziehung der notwendigen Assoziationen bedingt auch ein vorschnelles Fertigwerden mit den Überlegungen. Oft fangen die Kranken schon mit der Antwort an, bevor man die Frage zu Ende gesprochen. Daher auch so viele unfertige „blödsinnige" Urteile.

Das unvermittelte Auftauchen neuer Ideen führt zu pathologischen Einfällen. Da verlangt ein Katatoniker auf einmal allen Ernstes, den Niagara

zu sehen; ein anderer hat beim Eintritt nichts Wichtigeres zu fragen, als ob die Sahara noch in Afrika sei.

Ganz besonders unsinnig werden die Resultate, wenn eine Spaltung zwischen den logischen Direktiven des Gedankenganges und dem inhaltlichen Assoziieren eintritt, und jede dieser Funktionen ihren besonderen Weg geht.

Ich frage einen Patienten, was ein bekannter Herr für ihn tun könne. Antwort: „Nichts, außer wenn ich ein Gedicht von ihm bekommen könnte.“ Formell hat er mir die Antwort auf meine Frage gegeben; das Gedicht wird in richtiger logischer Form als der gewünschte Gegenstand bezeichnet; in Wahrheit aber hat Patient diesen Begriff nur bekommen von einem Gespräch über Gedichte, das ich unmittelbar vorher mit einem andern Kranken geführt habe, und er wünscht gar kein Gedicht. — Ich bestreite einer Kranken, daß sie ein Haus besitze; „doch,“ gibt sie mir zur Antwort, „das weist die Musik aus“; in der Ferne intonierte gerade eine Musik, und die so erhaltene Idee wurde gleich als Beweis gegen meine Einrede verwertet.

Der Gedankeninhalt ist häufig determiniert durch einen abrupten Einfall (Warum schütteln Sie die Hände? „Weil ich keinen Studenten essen kann“), durch einen Wunsch oder eine Befürchtung, die den Kranken beschäftigt (der Patient schmiert, „um in eine bessere Abteilung zu kommen“), oder er wird ihm von außen gegeben (Beispiele oben), oder er gehört zu dem in der Frage gegebenen Gedankenkreis. So ist es gar keine inhaltliche Motivierung, wenn der Patient Stranskys erklärt, er gerate in Wut, weil der Arzt ein graues Kleid trage; nach meiner Erfahrung gerät der Patient aus irgend einem andern mit seinen Komplexen in Verbindung stehenden Grunde in Wut und gibt dann aufs Geratewohl das graue Kleid des Arztes, das er vor sich sieht, als Grund an.

Solche nachträgliche Pseudomotivierungen, an die die Patienten selber glauben, sind bei der Schizophrenie etwas ganz Gewöhnliches. Einer unserer Kranken wußte wohl, daß er die Motivierungen immer erst nachträglich mache, „nachdem er sich über die begangenen Dummheiten verwundert habe“. Eine Patientin war wegen eines Suizidversuches ins Bett gebracht worden und behauptete, sie hätte den Versuch gemacht, weil sie im Bette liegen müsse. Die nämliche „Treppenbegründung“ ist es auch, wenn ein liederlicher Hebephrene seine Schulden nur deshalb gemacht haben will, um der Frau zu zeigen, daß er ohne sie Geld bekomme, oder wenn ein gefährlich Drohender seinen Revolver nur gekauft hat, um zu beweisen, daß er seiner Frau nichts antue, obschon er einen Revolver habe. In solchen Fällen macht die hintendrein erfundene Begründung bei oberflächlichem Zusehen den Eindruck eines wirklichen Grundes, so daß sich oft auch intelligente Leute täuschen lassen, dem Patienten eine gesunde Überlegung zuzuschreiben.

Auffallend ist die Unempfindlichkeit der Kranken gegen die gröbsten Widersprüche. Ein Hebephrene kann sich im Hauptsatz darüber beklagen, daß er nie schlafe, während er im Nebensatz ausführt, wie herrlich er geschlafen habe. Die Kranken beklagen sich bei ihren Verwandten mit den schärfsten Ausdrücken, daß man ihnen irgend etwas nicht erlaube; sobald sie die Erlaubnis haben, wollen sie sie nicht benutzen. Ein Kranker verlangt im gleichen Brief von der Frau erstens ein Rasiermesser, um sich das Leben zu nehmen, zweitens die Abholung und drittens ein Paar Schuhe.

Es hilft nur ausnahmsweise etwas, die Patienten auf die Widersprüche aufmerksam zu machen. Das Bedürfnis, sich die Dinge logisch zu gestalten, sie auszudenken, unter einen bestimmten Gesichtspunkt zu bringen, ist überhaupt sehr stark herabgesetzt. Während am andern Extrem die Alkoholiker in ihre Erzählungen immer noch Ergänzungen zur Abrundung und zur kausalen Begründung von Handlungen aus freier Erfindung einfügen, denken die Schizophrenen umgekehrt logische Bruchstücke. Die Kausalität scheint oft für sie gar nicht zu existieren. Viele kümmern sich nicht darum, woher ihre Stimmen kommen; sie können lange in der Anstalt eingesperrt sein, ohne nach einem Grunde zu fragen. Es scheint das nicht nur ein affektiver, sondern auch ein logischer Defekt zu sein.

So fehlt den Kranken in gewissen Beziehungen die Diskussionsfähigkeit. Sie denken etwas, und dann ist es so; zur Unterstützung geben sie höchstens Scheinbeweise, und die klarsten Gegenbeweise bleiben wirkungslos.

Bei komplizierteren Aufgaben erscheinen die Kranken oft so zerfahren, ihre Psyche so zerspalten, daß man die Genese der Denkfehler nicht mehr so leicht finden kann. Doch lassen sich bei einiger Geduld auch in solchen Fällen Stichproben gewinnen.

Die Denkstörung zeigt sich in ihren verschiedensten Formen beim Erkennen von Bildern. Manche Kranke allerdings kennen einfache und komplizierte Bilder so gut wie Gesunde; die von Jung beschriebene Paranoide B. St. war allen darauf hin geprüften Wartpersonen im Verständnis bildlich dargestellter Situationen überlegen. Dagegen werden von vielen Kranken kompliziertere Bilder gar nicht oder nur teilweise erfaßt oder falsch ausgelegt; letzteres namentlich, indem sie an Komplexe assoziiert werden. Aber auch Bilder einfacher Gegenstände werden verkannt.

Eine leicht erregte Hebephrene nennt einen Studenten eine „Tabakspfeife“: sie beachtet nur einen Teil. Einen Hammer nennt sie „die Natur (= Sperma), den Hammer“: der Hammerstiel ist ihr zwar der Hammerstiel, aber zugleich entsprechend ihren erotischen Komplexen auch der Penis; eine Uhr ist ihr „eine Elektrisieruhr“, weil sie die Vorstellung der sexuellen Halluzinationen damit verbindet. Einen Tannenzapfen in natürlicher Größe und Farbe nennt sie eine Ähre; sie beachtet nur die Form und auch die ungenügend. Eine andere nennt die Ohren des Zebra eine „Schleife am Kopf“, entsprechend ihren auf Schmuck und Größe gerichteten Tendenzen. Eine Teilvorstellung erscheint in den Antworten: „aufgehängt“ (statt hängende Wäsche), „ein Haufen“ (statt Kartoffeln). Manchmal ist die Absperrung gerade wie die Anknüpfung eine systematische: (Braut) „weiß nicht was“; (was machen die? [Musikanten]) „Lärm“. (Braut besonders gezeigt) „eine Frau, trägt einen Hut“ (als Hut wird der Strauß bezeichnet). Dinge, wie Spargel, Schlange werden gern falsch bezeichnet, gewöhnlich in Verbindung mit anderen Zeichen erregter Sexualität.

Manchmal wird an gezeigte Bilder auch von sonst attenten Kranken offenbar gar nichts assoziiert (ähnlich wie es uns mit den tausend Dingen geht, die wir auf der Straße sehen, ohne sie zu beachten).

Charakteristisch ist manchmal auch das Erzählen von Erlebtem oder Gelesenem. Oft zeigt sich ein Unterschied zwischen Erfahrungen vor und nach der Erkrankung. Bei den letzteren können natürlich die verschiedenen Störungen der Auffassung das Resultat trüben; manchmal aber kommt auch bei guter

Auffassung und bei gutem Willen in Betracht, daß die Kranken etwas Neues nicht mehr verarbeiten; sie erzählen dann die früher gelernten Geschichten, wenn auch stückweise, in richtigen Zusammenhängen, die neu gelesenen ungenügend. Manchmal setzen sie auch in die alten Ereignisse neue Begriffe hinein, so wenn ein gebildeter Hebephrene Tell „einen Schiffskapitän" nennt; oder es ist ihnen zu viel, die Erinnerungen wachzurufen, dann hört man auf die Frage: Was wissen Sie vom Tell? Erwiderungen, wie: „Es ist schon ziemlich viel darüber diskutiert worden."

Gelesene Geschichten[1]) können von vielen Kranken, die die größten Dummheiten machen oder die unsinnigsten Wahnideen mit sich herumtragen, nicht nur tadellos wieder erzählt, sondern auch resümiert und auf andere Verhältnisse angewandt werden. Meistens aber versagen bei den Anstaltspatienten solche Aufgaben ganz, oder die Moral wird im Sinne der Komplexe abgeleitet oder aus einer zufälligen Assoziation gebildet. So zieht ein Patient aus der Testfabel die Moral, daß man sich nicht soll erschrecken lassen, wenn man eine schwere Arbeit bekomme.

Das Erfassen einer Geschichte kann auch bei sonst ziemlich ungehindert denkenden Kranken durch Sperrungen erschwert sein. Ein sonst sehr attenter, von Natur intelligenter Patient konnte eine kleine Fabel einfach nicht in den Kopf bringen, obschon er seine Aufmerksamkeit so anstrengte, daß er dunkelrot im Gesichte wurde, schwitzte und schwer atmete; „die Stimmen verhinderten ihn daran". Manchmal hilft mehrfaches Lesen; aber nicht immer wird dadurch das Resultat besser.

Einzelne Kranke erzählen statt des Gelesenen ganze andere Geschichten von einem Esel oder von Salz usw. Andere bringen Bruchstücke der gegebenen Idee in neuen naheliegenden Zusammenhang; so haben wir mehrfach gehört, daß „ein Esel sich habe ersäufen wollen". Dann wieder werden Bruchstücke ohne Zusammenhang reproduziert, oft auch mit schizophrenen Zutaten: „Ein Esel wurde schwer mit Salz beladen und ging mit der Last davon — durch die Wüste." Gelegentlich bemerken die Kranken die Zusammenhanglosigkeit oder die Unklarheit ihrer Erzählung. (Nach zweimaligem Lesen): „Ein Esel hat Salz mit sich geführt und hat in den Fluß gemußt; da ist ein Schwamm gekommen — ich weiß nicht, ist es ein Schwamm — oder ein Schwan — oder eine Gans..." (Hier hat die Patientin gemerkt, daß ein Schwamm nicht gut kommen kann, und dann den Schwamm in einen Schwan umgewandelt.) In schwereren Fällen werden die Begriffe der Geschichte durcheinander gemengt und grammatisch miteinander verbunden: „Ein Esel watete durch einen Fluß, in dem Schwämme waren, und da war ihm die Last zu schwer."

[1]) Aus verschiedenen Gründen hat sich uns als Text für einfache Leistungen die folgende Fabel gut bewährt:

Der mit Salz beladene Esel.

Ein Esel, der mit Salz beladen war, mußte durch einen Fluß waten. Er fiel hin und blieb einige Augenblicke behaglich in der kühlen Flut liegen. Beim Aufstehen fühlte er sich um einen großen Teil seiner Last erleichtert, weil das Salz im Wasser geschmolzen war. Langohr merkte sich diesen Vorteil und wandte ihn gleich am folgenden Tage an, als er mit Schwämmen belastet wieder durch eben diesen Fluß ging.

Diesmal fiel er absichtlich nieder, sah sich aber arg getäuscht. Die Schwämme hatten nämlich das Wasser angesogen und waren bedeutend schwerer als vorher. Die Last war so groß, daß er erlag.

Ein Mittel taugt nicht für alle Fälle.

Wird umgekehrt der kausale Zusammenhang besonders betont oder gar noch durch unnötige Zutaten ergänzt, so handelt es sich in der Regel um eine Komplikation mit Alkoholismus: „Ein Esel hatte eine Last von Schwämmen; er hatte Durst, stieg in einen Fluß, um Wasser zu trinken..."

Eigentliche Umbildungen der Erzählung erweisen sich meist als Komplexbeeinflussungen. Eine Kranke, die sich Gewissensbisse wegen ungenügender Abwehr bei einem Attentat machte, sollte erzählen, die Axt sei in einen Fluß gefallen; statt „Fluß" sagte sie aber „Grube"; darauf aufmerksam gemacht, daß es ein Fluß gewesen sei, sagt sie „ja eine Grube mit Wasser". Abgesehen von solchen Fällen sehen wir bei der Schizophrenie merkwürdig wenig Eigenbeziehungen beim Lesen der Fabeln, während organisch Depressive die Geschichte des Ertrinkenden oder Überlasteten in der Regel auf sich beziehen, und auch die meisten Alkoholiker in dem Wasser eine Anspielung auf ihre Schwäche finden.

Die Mehrzahl der Veränderungen erscheinen bei unserer Krankheit meist als „zufällige", können aber nichtsdestoweniger sehr fest gehalten werden: Eine Hebephrene behauptete, sie habe soeben von einem „tiefen" Fluß gelesen, und als man ihr das Buch vorhielt, meinte sie, der Druck sei inzwischen verändert worden. Von dem Walten einer eigentlichen Phantasie sieht man verhältnismäßig wenig; ist sie aber einmal vorhanden, so kann sie bei dem Mangel an Sinn für die Wirklichkeit ganz frei schalten. Ein hebephrener Maler beschrieb die Maltechnik ganz richtig; eigene Erlebnisse, die Bibel, Tell, wurden aber in den Details falsch reproduziert, „wie es etwa gewesen sein könnte".

Die allgemeine Denkerschwerung zeigt sich unter Umständen im Stillestehen des Erzählens und den kleinen Schritten, die der Gedankengang macht: „Es war ein Esel (was gemacht?) durch einen Fluß gegangen" (und da?) „er ist umgefallen" (und da?) „liegen geblieben" (und da?) „aufgestanden..." Ein anderer Patient antwortet auf die beständige Frage „und dann?" nur mit einzelnen Worten: „Langohr — schwimmen — schwere Belastung — Kopf hochheben — waten — halten ein Ohr zu — Abschütteln — Straße nach — muß geprügelt werden — ..."

Von jeher gilt als ein Maß für die Intelligenz die Krankheitseinsicht, und diese ist bei der Schizophrenie sehr charakteristisch. Wie bei anderen Geisteskranken fehlt sie auf der Höhe der Krankheit meist ganz oder teilweise. Im Anfange aber halten sich viele nicht nur für nervös, sondern sie erkennen die Gedankenanomalie, die Abulie und viele andere Symptome ganz gut; wenn sie sich nicht für geisteskrank halten, fürchten sie manchmal „geisteskrank zu werden", während man sie in einem späteren Stadium „geisteskrank gemacht" hat. Auch in alten Fällen ist teilweise Krankheitseinsicht nicht selten, wenn auch die Kranken nur ausnahmsweise praktische Konsequenzen daraus ziehen. Am auffallendsten sind die Paranoiden, die in die Sprechstunde kommen mit der Klage, sie leiden an Verfolgungswahn oder an Halluzinationen, und die Anomalie so objektiv als Krankheit beschreiben, wie es nur möglich ist. Ein normal denkender Teil ihres Ich beurteilt den abnormen bis in alle Details hinaus richtig, aber ohne ihn beeinflussen zu können. Natürlich gibt es auch bei diesen Kranken Zeiten, wo die Wahnvorstellungen sie ganz beherrschen, und schon während der Untersuchung kann man regelmäßig Zusammenhänge finden, in denen die Einsicht fehlt oder doch ungenügend ist.

Vielen Kranken fällt es zwar auf, daß sie die Dinge anders ansehen als früher, sie glauben aber früher sich getäuscht und jetzt die Wirklichkeit erkannt zu haben. Sie besitzen eben nun „einen verstärkten Verstand". Die

eigenen Handlungen und ihre Motivierungen werden auf der Höhe der Krankheit falsch beurteilt. So meinte eine so intelligente Kranke, wie Forels Frl. L. S. alles geduldig ertragen zu haben, währenddem sie eine Zeitlang eine recht unangenehme Patientin gewesen war.

Bei Wiederholung der Anfälle können die Kranken die gleichen Handlungen, die sie mit Bezug auf die Vergangenheit als unrichtig bezeichneten, jetzt wieder begehen und als ganz begründet verteidigen.

In guten Remissionen werden die Wahnideen als solche erkannt, wenn auch da wohl ausnahmslos in bestimmten Verbindungen noch etwas von denselben nachzuweisen ist. Auch das Verhalten während der Krankheit können die „Geheilten" als krankhaft und unsinnig bezeichnen: aber auch da fehlt meist die volle Einsicht. Ich habe eine Katatonika gesehen, die in einer Anstalt gegen sich und andere sehr gewalttätig war, schmierte, die Nahrung verweigerte, dann während der größten Erregung vom Vater herausgenommen, diesem vom ersten Tage an die Haushaltung führte und seine Memoiren redigierte. Sie erinnerte sich an alle Details des Anstaltsaufenthaltes, konnte auch das eine oder andere Symptom als krankhaft bezeichnen, hielt sich aber dennoch für ungerecht eingesperrt, und meine vorsichtigen Einwände, daß ihre Gewalttaten und die Nahrungsverweigerung doch kein Zeichen von Gesundheit gewesen seien, glaubte sie damit zu entkräften, sie habe eben „in den Gang der Anstalt, wo man sie so ungerecht behandelte, störend eingreifen wollen".

Neues lernen können die schwereren Kranken nicht mehr gut. Einfache landwirtschaftliche Verrichtungen eignen sie sich zwar häufig noch an; auch zu dieser und jener industriellen Tätigkeit können sie herbeigezogen werden, müssen aber immer unter Aufsicht sein. In der Pflegeanstalt Rheinau habe ich mir seinerzeit Mühe gegeben, das Korbflechten einzuführen; es war aber unmöglich, auch nur einen von dieser Auslese schwerer Kranker zu einem selbständigen Arbeiten zu bringen.

Das schließt nicht aus, daß in einem andern Falle ein Patient, der einige Jahre lang ganz schwer katatonisch gewesen war und nun an ausgesprochener Paranoia hallucinatoria leidet, auf einmal anfängt, englisch zu lernen, und es in der Anstalt autodidaktisch soweit bringt, daß er seine Übersetzungen verkaufen kann.

Die Übungsfähigkeit, gemessen an der Gewandtheit im Addieren, soll nach Specht (733) normal sein. Nach Reis erweist sich bei verschiedenen psychologischen Prüfungsarten der Übungsfortschritt als etwas vermindert; in einem Falle fehlte er ganz. Weitere Untersuchungen an fortgeschrittenen Kranken wären allerdings noch erwünscht; denn Aufmerksamkeit, guter Wille usw. beeinflussen natürlich das Resultat sehr stark.

Die Fähigkeit, zu rechnen, wird in schwereren Fällen leicht alteriert, doch kann sie sich jeden Augenblick wieder herstellen, wenn die Patienten komponiert genug sind, um eine Rechnungsaufgabe zu überschauen. Versehen aller Art, wie sie bei Perplexität und bei mangelnder Aufmerksamkeit vorkommen, sind natürlich bei den Anstaltspatienten sehr häufig; dazu kommt noch, daß sie oft nicht den Willen haben, richtig zu antworten; auch ganz gescheite Schizophrene genieren sich keineswegs, bei einer klinischen Vorstellung zu sagen 3 × ¼ sei 100. Leichtere Fälle im chronischen Stadium eignen sich

aber manchmal sehr gut zu rechnerischen Bureauarbeiten. Sie sehen nicht nebenaus, denken nichts anderes und können jahrein jahraus wie eine Maschine mit der größten Gewissenhaftigkeit oder sagen wir „Genauigkeit" arbeiten.

Bei Spielen aller Art verhalten sich die Kranken wie bei anderen geistigen Leistungen, d. h. äußerst verschieden. Viele haben gar keine Spur eines Bedürfnisses sich zu unterhalten. Diejenigen, die den Trieb haben, zu spielen, wenden dieser Beschäftigung oft volle Aufmerksamkeit wie ein Gesunder zu; und zwar können nicht nur chronische Fälle die gewohnten Spiele, besonders Kartenspiele mit Raffinement und voller Erwägung aller komplizierten Verhältnisse spielen, sondern auch ein recht verwirrt erscheinender Katatoniker im akuten Stadium kann durch ein virtuoses Schachspiel überraschen. Von Gesellschaftsspielen sind natürlich diejenigen, die Esprit verlangen, mit den meisten Patienten nicht durchzuführen.

Die Phantasie der Schizophrenen leidet in der Regel stark. Die meisten haben keinen Trieb, Neues zu denken und ebensowenig das Vermögen, es zu tun. Neue Gedanken bestehen oft in sonderbaren Zusammensetzungen des vorhandenen Vorstellungsschatzes, die aber ohne intellektuelles Ziel zustande kommen und deshalb nur Bizarrerien, aber keine eigentlichen Schöpfungen von Ideen hervorbringen. Ein Paralytiker der manischen Form kann in einem Tage mehr Neues produzieren als eine ganze Abteilung voll Schizophrener während Jahren.

Die ästhetischen Fähigkeiten werden durch die Krankheit meist vernichtet oder doch stark geschädigt. Es fehlt eben die Konsequenz des Denkens, das Urteil, die gemütliche Unterlage und vor allem die Initiative und die Fähigkeit, zu produzieren. Es fehlt auch meist die Genußfähigkeit für Kunstwerke.

Dann und wann fällt es auf, daß ein anscheinend ganz verblödeter Patient, der viele Jahre lang kein rechtes Gefühl und kein vernünftiges Wort geäußert hat, in einer musikalischen Phantasie einen künstlerischen Ausdruck für die verschiedensten Stimmungen findet. Aber Stimmung und Ausdrucksmittel wechseln bei den meisten musizierenden Kranken ganz abrupt; der schizophrene Gedankengang mit seinen unvermittelten Übergängen, seinen Bizarrerien, Sperrungen und Perseverationen zeigt sich ebensogut in den musikalischen Äußerungen wie in den sprachlichen; man kann manchmal aus einer kurzen Klavierproduktion die Diagnose mit Sicherheit machen.

Bildende Künstler werden meist durch die Krankheit schwer geschädigt; hier tritt das Bizarre in Idee, Technik und Durchführung meist sofort in die Augen. Daß die Produktivität leidet, ist selbstverständlich; doch gibt es Maler, die lange Zeit immer eine bestimmte Idee unendliche Male wiederholen[1]). Oft dient die Kunst als Ausdrucksmittel der Wahnideen und ist dann auf den ersten Blick als krankhaft zu erkennen.

Dichterisches Talent leidet natürlich schwer unter dem schizophrenen Ideengang, der Zerfahrenheit, der Gefühllosigkeit, der Geschmacklosigkeit und dem Mangel an Produktivität und Initiative. Wenn auch ziemlich viel schizophrene Dichtungen gedruckt werden, so kommt selten etwas dabei heraus. Am besten ist es noch, wenn die Sachen nur unbedeutend sind; meist sind sie ganz ungenießbar.

[1]) In leichteren Fällen kann die Eigentümlichkeit der Sujets, der Auffassung und der Technik den schizophrenen Maler berühmt machen.

Gute Beispiele geben die späteren Gedichte von Hölderlin, unter denen Patmos am bekanntesten ist und den schizophrenen Gedankengang in selten schöner Weise illustriert. Ein bezeichnendes Beispiel für die Leerheit und Unklarheit der Ideen bei Innehaltung einer gewissen formellen Technik gibt Christian (126) S. 27.

Sous le chaud soleil qui rayonne
Cachée à l'ombre du Sumac,
La dormeuse mêle au tabac
Sa crinière épaisse de lionne.

Das Banale in Gedanken und Form zeigen die von Stawitz publizierten Verse:

Der Chorgesang.

Stärker als die Sprache der Natur
von bekannten Sängern schallte nur,
eines Tags ein Lied mir zu.
Manch Träne, die mein Herz verbarg,
trat hervor, im Überwinden karg,
schaffte so der Seele Ruh!
Mehr noch schätzte ich das Singen
als vorher; es gab ja Schwingen.
Meinem Rückblick in die Zeit.
Meinem Ohr' ward es zur Weid.
— — — — — — — — — — —
— — — — — — — — — — —
Mehr als alle andern Künste
macht Gesang das Herz, das dümmste,
stärker dir im Nu.
Er ist seiner Schwestern Führer
reuiger Gemüter Kürer
schafft dem Herzen Ruh'.
Jeder Bund, der gerne übet
den Gesang, wird nicht getrübet
durch die Wolken aller Zeiten,
läßt sich von Entzücktheit leiten.

Das Bizarre drückt sich in folgenden Versen aus, deren Autor ich nicht mehr anführen kann:

Wie hat die Liebe mich entzückt,
als ich noch schwer und kugelrund!
Hier sitz ich jetzt und bin verrückt,
und wiege kaum noch hundert Pfund.

In schwereren Fällen kommt es zu ganz unverständlichem Wortsalat oder gar zu einer mehr oder weniger versifizierten Aneinanderreihung von unbekannten Worten.

Wo solche Fehler nicht gemacht werden, leiden doch die Geistesprodukte der Schizophrenen meist unter dem Mangel der Verarbeitung, an Gedankenleere und Plattheit des Inhaltes. Oder es macht der Mangel an Verarbeitung auch an sich gute Ideen ungenießbar.

Alles das gilt von den höheren Graden der Krankheit, wie sie zur ärztlichen Behandlung kommen. Wir wissen aber, daß einige sehr bekannte Künstler und Dichter (z. B. Schumann, Scheffel, Lenz, van Gogh) Schizophrene waren.

Es ist nicht auszuschließen, daß die ganz leichte Schizophrenie für künstlerische Produktivität geradezu günstig sei. Die Unterordnung aller Ge-

dankenverbindungen unter einen Komplex, die Neigung zu neuen, ungewohnten Gedankengängen, die Unbekümmertheit um die Tradition, der Mangel an Gêne müssen günstig wirken, wenn diese Eigenschaften nicht überkompensiert werden durch die eigentlichen Assoziationsstörungen. Sind doch alle echten Künstlernaturen Leute mit stark abgespaltenen gefühlsbetonten Komplexen, weshalb bei ihnen hysteriforme Symptome so häufig sind. „Komplexmenschen" sind aber auch die Schizophrenen. Die Frage sollte weiter studiert werden.

In akuten Zuständen kann sich sogar eine Art pathologischer Produktivität ausbilden. Die Patientin Forels konnte sonst keine Verse machen; im Vorstadium der Krankheit „verfolgten" sie die werdenden Verse geradezu.

ζ) Das Handeln und Benehmen.

Das ausgesprochen schizophrene Handeln ist gestempelt durch Interesselosigkeit, Mangel an Initiative und an einem bestimmten Ziel, durch ungenügende Anpassung an die Umgebung, d. h. Außerachtlassen vieler Faktoren der Wirklichkeit, durch Zerfahrenheit, plötzliche Einfälle und Sonderbarkeiten.

Die leichteren latenten Fälle leben im wesentlichen wie andere Leute und gelten als gesund. Sie fallen höchstens durch Empfindlichkeit und hie und da durch eine Bizarrerie auf, arbeiten innerhalb und außerhalb der Anstalten, der eine sehr fleißig, der andere in launisch unregelmäßiger Weise. Sie sind in allen einfacheren Berufen tätig, gelegentlich auch einmal in einem künstlerischen oder akademischen. Oft geht es gut, manchmal sogar sehr gut; letzteres aber nur bei bestimmt vorgezeichneter Arbeit, z. B. als Bauernknecht, als Dienstmädchen. Öfter allerdings weichen sie vom Üblichen ab. Sie wechseln häufig den Beruf oder die Stellung. Da läuft einer einfach aus der Arbeit, ohne nur den Lohn zu beziehen; ein junger Bildhauer, dem es im Beruf ganz gut geht, zieht ein Jahr lang mit einem Phonographen herum. — Die meisten beschränken den Kontakt mit der Außenwelt mehr oder weniger deutlich, teils allgemein, teils in einer Auswahl von Beziehungen.

Am auffallendsten ist in diesen leichten Fällen gewöhnlich die Reizbarkeit und Empfindlichkeit. Wegen irgend welchen Kleinigkeiten, die ihnen im gegebenen Moment nicht gefallen, können sie schmollen, schimpfen, davonlaufen; kommt der Bräutigam nicht, so ist es nicht recht, kommt er, so hat die Braut erst recht zu tadeln. Im großen wie im kleinen entwickeln sie einen unangenehmen Eigensinn. Daneben sind sie launisch, laufen unter Umständen mitten in der Nacht weg.

Die Neigung, sich von den übrigen Menschen abzuschließen, kann sich verbinden mit Exzessen in liederlicher Gesellschaft. Die Gleichgültigkeit in wichtigen Dingen und die Faulheit bringt die Leute auf die Straße oder sonst in ein ungünstiges Milieu, sie werden Vaganten[1]), Diebe, seltener Betrüger und andere Verbrecher. Auch zwei schizophrene Pyromanen habe ich gesehen. Doch bedingt die Apathie und Willenlosigkeit im allgemeinen eine relative Ungefährlichkeit. Wenn auch jedes Zuchthaus Schizophrene beherbergt, so ist ihre Zahl doch in keinem Verhältnis zu der Häufigkeit der in der Freiheit Lebenden,

---

[1]) Vgl. Willmanns.

von denen ja viele der sozialen Gefühle mehr oder weniger entbehren oder infolge von Wahnideen, aus Ingrimm wegen der erlittenen Freiheitsbeschränkungen geradezu antisozial denken und fühlen. Immerhin sind in absoluter Zahl die schizophrenen Mörder nicht ganz so selten.

Das Streben ist meist kraftlos, wenn es nicht ganz aufgehört hat. In einzelnen Fällen allerdings ist es übertrieben stark, wenn auch einseitig (Weltverbesserer, Pseudodichter). Bei Arbeiten, deren die Kranken nicht ganz gewohnt sind, versagt zunächst nicht sowohl die Intelligenz als die Energie. Viele schwerer Kranke vermeiden jede Arbeit mit einer blödsinnigen Ausrede oder auch ohne eine solche. Gelegentlich arbeiten sie wie eine Maschine; gibt man dem Patienten eine Säge in die Hand, so zieht er sie hin und her, bis das Holz durch ist, um dann regungslos stehen zu bleiben, bis der Wärter die Arbeit neu eingerichtet hat. Andere machen sich sehr nützlich, wenn man ihnen eine Arbeit geben kann, die nicht viel zu denken gibt und keine eigene Initiative verlangt: sie tragen Kohlen, jäten, stricken, halten bestimmte Räume in Ordnung; auch zum Posten sind sie oft noch zu verwenden. Es gibt dann und wann Schizophrene, die keine Ermüdung spüren und teils ohne viel zu denken, teils mit etwelcher Überlegung den ganzen Tag schaffen, so daß man sie vor ihrer Arbeitsgier schützen muß.

Interessant und weiterer Verfolgung wert ist die Beobachtung Kraepelins (390, Bd. II, S. 315), der in einem Fall den Mangel des Schlußantriebes konstatierte. Wo weder Ermüdung noch Interesse ist, war das zu erwarten.

Der Intelligenzdefekt im engeren Sinne macht die Leute in den höheren Graden der Erkrankung zu komplizierten Arbeiten ganz oder teilweise unfähig.

So konnte ein Patient Kraepelins noch ganz gut abzeichnen, aber keine Kurven mehr konstruieren, ein anderer genau kopieren, nicht aber die Einschaltungszeichen richtig verwerten. Überhaupt zeigen die Patienten auch bei der Arbeit wenig Variationsfähigkeit; bei sehr vielen muß die Arbeit so gemacht werden, wie es ihnen nun einmal im Kopf steckt, auch dann, wenn es ganz unpassend ist. Der Mangel an Überlegungsfähigkeit macht sich sehr fühlbar. Da verlangt ein pensionierter Lehrer Wiederanstellung, beschimpft aber im gleichen Schreiben die Behörden. Ein Arzt, der wegen gemeingefährlicher Drohungen in die Anstalt gewiesen ist, meint allen Ernstes, er könne jede gewünschte Freiheit dadurch erzwingen, daß er mir einen Prozeß anhänge; dann sei ich sein Prozeßgegner und habe nicht mehr als Experte und Anstaltsdirektor die Gewalt, ihn einzuschränken. Alltäglich sind die ganz unüberlegten Fluchtversuche anscheinend besonnener Kranker vor den Augen der Wärter oder vom Zimmer in einen Korridor hinaus, aus dem erst noch einige geschlossene Türen zu passieren wären.

Die Ziele, die die Patienten sich gesteckt haben, sind oft in grobem Widerspruch, nicht nur mit ihrem aktuellen Können, sondern mit ihren geistigen Anlagen überhaupt. Weltverbesserung, Poesie, Philosophie sind von manchen Schizophrenen geschätzte Tätigkeiten. Immerhin sagen viele im kleinen und im großen Wahrheiten, an die der Gesunde nicht denkt.

Auch in kleineren Dingen können sie recht naseweise und altklug erscheinen, so wenn ein ungebildeter Patient in einem langen Briefe einem Arzte gute Räte gibt, wie er seinen (des Arztes) Verwandten behandeln müsse, oder wenn einer blödsinnigen Patientin in wichtigem Tone Belehrungen über feines Benehmen

in Gesellschaft gegeben werden. Nicht viel besser ist es, wenn einer Zeitungsartikel über den bildenden Wert des Zirkus auf das Zürcher Publikum schreibt. Auch im äußeren zeigt sich zeitweilen übertriebene Eitelkeit bis zur tollen Fratze. Häufiger allerdings werden die Kranken schließlich unsauber, salopp in allen Beziehungen.

Manchmal aber können auch Schwerkranke ihren Nebenmenschen gerade dadurch imponieren, daß sie alle Schwierigkeiten außer acht lassen. Eine schizophrene Dame erheiratet sich, ohne daß er eigentlich einverstanden ist, einen Mann, der sonst einen eigenen Willen besitzt und sich in sehr ausgesetzter Stellung einen Namen gemacht hat. In einer öffentlichen Rede können solche Leute ein ganzes Auditorium von ihrer Gesundheit und vielen anderen fingierten Dingen überzeugen. Der Dichter von „Freut euch des Lebens" wählte sich eine schizophrene Braut, gerade um der „naiven Etourderie" willen, die sie in der damaligen steifen Gesellschaft auszeichnete.

In den mittleren und schweren Fällen tritt auf intellektuellem Gebiet die *Zerfahrenheit* in den Vordergrund.

Eine gebildete Dame schreibt eine Menge Briefe, adressiert sie, versieht sie mit dem Vermerk „Einschreiben", schickt sie aber nicht ab. Ein Lehrer verlangt auf einmal eine Stelle mit 2000 Fr. Gehalt und läuft aus der bisherigen Anstellung fort. Ein ungebildeter Mensch will Theorie der Musik studieren. Ein Kommis reist jede Nacht zwischen Romanshorn und Genf hin und her, weil er gehört hat, daß sich schon Leute auf Nachtzügen gut verlobt hätten. Ein Mann zieht sich im Winter im Freien aus, geht nackt durch das Dorf, um in dem eine halbe Stunde entfernten Flusse zu baden. Ein junges Mädchen näht Strümpfe auf einen Teppich.

Die pathologischen Einfälle machen manchen Patienten den Broterwerb unmöglich. Sonst fleißige Leute kommen ohne ersichtlichen Grund eines Tages nicht zur Arbeit, sehen es aber als ganz selbstverständlich an, daß sie nachher einfach wieder ihren Arbeitsplatz einnehmen, ohne sich nur zu entschuldigen. Ein Hebephrene, der viele Jahre lang mit nie aussetzendem Fleiß den Dung über die weiten Gartenkulturen der Anstalt verteilt hatte, wird eines Tages dabei betroffen, wie er die Zwergbäumchen unter Abschneiden der Wurzeln hebt, „höher einsetzt", wie er meint. In der unklaren Idee etwas Gutes zu stiften, hatte er einige hundert Bäume ruiniert. Es gibt keine Dummheit, die nicht als pathologischer Einfall von unseren Kranken ausgeführt werden kann, ohne daß sie sich darüber Rechenschaft geben; der eine allerdings schlägt nur ein paar Mal auf den Tisch oder kräht wie ein Hahn, ein anderer aber zündet ein Haus an oder wirft seine Mutter in den Brunnen.

Oft entfernen sich die Patienten in ihrem allgemeinen Benehmen mehr und mehr von dem gewöhnlichen und werden immer schrullenhafter. Das kann so weit gehen, daß drei unserer Kranken, aus guten Familien, während sie noch als gesund galten, lange Zeit ihre Fäzes, in Papier eingewickelt, in Schränken versteckten. Eine in der Anstalt tüchtig arbeitende Kranke geht jeden Sonntag nach Hause und sitzt von 1 Uhr 45 Minuten bis 5 Uhr 30 Minuten auf einem Stuhl, immer in die gleiche Ecke starrend und ohne ein Wort zu sagen. Weiter Fortgeschrittene sammeln allerlei Gegenstände, brauchbare und unbrauchbare, mit denen sie ihre Wohnung füllen, so daß sie sich kaum mehr darin bewegen können; schließlich wird der Sammeltrieb so blöde, daß die Taschen mit

Steinchen, Hölzchen, Lumpen und anderem Unrat vollgestopft werden. Auch die Neigung zu Faxen kann so überhand nehmen, daß man äußerlich das Bild eines eintönigen chronischen Klownismus vor sich hat.

Kranke mit ganz unverständlichem Benehmen können zwischendurch wieder mehr oder weniger normal erscheinen. Sie füllen auf einmal wieder einen Posten aus; oder sie machen namentlich oft einen mehrwöchentlichen Militärdienst tadellos durch[1]). Umgekehrt kann eine plötzliche Aufregung mit oder ohne Anlaß ein ruhiges Krankheitsbild auf einmal wieder bewegt machen. Ein gebesserter Patient wollte eine Katze töten, wurde aber vom Vater getadelt. Da rief er sehr aufgeregt: „Jetzt ist alles aus", sprang in den Fluß, schwamm wieder ans Land und fing an zu arbeiten, wie vorher.

Der Verkehr mit anderen Leuten ist nicht nur durch die Reizbarkeit und die Sonderbarkeiten gestört. In ihrem Autismus können sie sich in einem überfüllten Arbeitssaal benehmen, wie wenn sie allein wären; alles was die anderen angeht, existiert nicht für sie. Auf den Abteilungen verändern viele beim Kommen und Gehen des Arztes in keiner Weise die Haltung, außer wenn sie sich durch Mimik oder Stellung noch deutlicher abwenden können. Sie kehren der Welt andauernd den Rücken, suchen sich vor allen Einwirkungen von außen zu schützen. Das kann bis zu einer Art Stereotropie gehen, indem die Kranken sich nur in einer Ecke wohl fühlen, wo sie sich so dicht als möglich an die Wände anschmiegen. Wo sie sich selbst überlassen sind, findet man sie auch in der Kante zwischen Wand und Boden herumliegen, das Gesicht gegen die Wand gekehrt und oft erst noch mit einem Tuche oder den Händen bedeckt. Bei leichterer Erkrankung kann es auch vorkommen, daß ein Hebephrene ohne Anzeige aus Amerika zurückkommt, in der Scheune seiner Eltern sein Nachtquartier aufschlägt und dort erst nach einiger Zeit entdeckt wird, da er jeweilen sehr früh an seinen entfernten Arbeitsort gehen muß. — Unterhaltungsbedürfnis überhaupt fehlt vielen, auch arbeitsfähigen Schizophrenen vollständig. Das Leben der Kranken wickelt sich dann sehr einförmig ab zwischen Arbeiten, Essen, Trinken und Schlafen.

Müssen die Schizophrenen mit anderen Menschen verkehren, so geschieht es oft in recht sonderbarer Weise. Bald sind sie aufdringlich, können nicht fertig werden, immer das Gleiche zu sagen, sind vollkommen taub gegen alle Einwendungen; bald verhalten sie sich abweisend, kurz, grob. Ein hebephrener Apotheker machte den Kunden Vorwürfe, wenn sie Rezepte brachten, die viel zu tun gaben.

* * *

So die Fälle, die noch fähig sind, zu handeln und mit Menschen zu verkehren. Nimmt der Autismus überhand, so bildet er schließlich einen vollen Abschluß um die kranke Psyche. Wie im Traum leben die schwersten Schizophrenen in den ihnen angewiesenen Räumen, bald maschinenmäßig herumgehend oder sonst sich bewegend ohne ein äußeres Ziel, bald stumm und regungslos, den Kontakt mit der Außenwelt auf ein unfühlbares Minimum herabsetzend. Treten in irgend einem Stadium akzessorische Symptome in den Vordergrund, so sind es diese, die das Handeln und das äußere Benehmen bestimmen.

[1]) Viel häufiger allerdings benehmen sich latente Schizophrene im Heere sehr unpassend.

2. Kapitel.

Die akzessorischen Symptome.

Nicht häufig sind die Grundsymptome so stark ausgebildet, daß sie den Patienten in die Irrenanstalt führen. Erst die akzessorischen Erscheinungen verunmöglichen ihm den Aufenthalt in der Familie, oder sie sind es, die die Psychose manifest machen und Veranlassung geben, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie können während des ganzen Verlaufs verhanden sein oder auch nur in ganz beliebigen Abschnitten desselben. Sie drücken meist dem äußeren Krankheitsblid ihren Stempel auf, so daß man vor Kraepelin ausschließlich nach diesen Symptomen und ihrer Gruppierung besondere Krankheiten abgrenzen zu können glaubte.

Am bekanntesten sind die Halluzinationen und Wahnideen. Neben ihnen haben verhältnismäßig wenig Berücksichtigung gefunden die Störungen in der Gedächtnisfunktion und die Veränderungen der Persönlichkeit. Sprache und Schrift und eine Anzahl körperlicher Funktionen sind manchmal in ganz unregelmäßiger, aber typischer Weise verändert. Eine besondere Gruppe von Erscheinungen wird seit Kahlbaum unter dem Namen der katatonen Symptome zusammengefaßt. Alle diese Störungen können vorübergehend sein oder lange andauern. Es gibt aber außerdem bestimmte akute Symptomenkomplexe, die sich aus den genannten und noch anderen Erscheinungen zusammensetzen und den Eindruck von selbständigen akuten Psychosen gemacht haben. Für uns sind sie Episoden oder Exazerbationen in einem längeren Krankheitsverlauf.

α) Die Sinnestäuschungen.

Bei den Schizophrenen der Anstalten stehen meist die Sinnestäuschungen, Illusionen und namentlich Halluzinationen[1]) im Vordergrund. Die Klagen der Patienten, die Auffälligkeiten ihres äußeren Verhaltens, Aufregung und Beruhigung, Glückseligkeit, Verzweiflung und Wut sind in der Regel mit Sinnestäuschungen im Zusammenhang oder gelten geradezu als Folgen von Sinnestäuschungen.

Charakteristisch für die Halluzinationen der Schizophrenie ist die Bevorzugung des Gehörs und der Körperempfindungen. Zeitweise oder dauernd hört nahezu jeder Schizophrene der Anstalten Stimmen. Fast ebenso häufig sind Trugwahrnehmungen, die den verschiedenen Körperorganen entsprechen; Tasthalluzinationen sind verhältnismäßig selten, wenn auch die Empfindungen am Körper herum sich bewegender Tiere, namentlich Schlangen, hie und da geklagt werden, und wenn auch manche Körperhalluzinationen, wie die des Geschändet-, Geschlagen-, Gebrannt-, Elektrisiertwerdens, eine Tastkomponente haben mögen. Nach der Zahl der Patienten, die uns davon reden, werden in dritter Linie Geschmacks- und Geruchshalluzinationen zu nennen sein. Die Halluzinationen und Illusionen des Gesichts sind bei besonnenen Patienten nicht gerade häufig,

[1]) Die „Parästhesien“ siehe unter den „körperlichen Symptomen“.

treten aber in akuten halluzinatorischen Aufregungen und in Dämmerzuständen in den Vordergrund. Bei den anderen Sinnen scheinen die Illusionen vor den Halluzinationen zurückzutreten: beim Geschmack allerdings ist die Entscheidung, ob Illusion oder Halluzination, sehr schwer, da diese Sinnestäuschungen meist während des Essens auftreten. Ebenso ist es bei dem jetzigen Stande unseres Wissens irrelevant, ob die auch vorkommenden Täuschungen der kinästhetischen Sinne Illusionen oder Halluzinationen genannt werden.

Inhalt der schizophrenen Halluzinationen kann so ziemlich alles sein, was der normale Mensch wahrnimmt, und dazu kommen noch alle die Empfindungen, die die krankhafte Psyche neu zu schaffen vermag.

Die Patienten hören Wehen, Sausen, Summen, Rasseln, Schießen, Donnern, Musizieren, Weinen und Lachen, Flüstern, Sprechen, Rufen; sie sehen einzelne Dinge, Landschaften, Tiere, Menschen und allerlei unmögliche Gestalten; sie riechen und schmecken Angenehmes und Unangenehmes, was nur auf diese Sinne wirken kann; sie tasten Dinge und Tiere und Menschen und werden von Regentropfen, Feuer, Kugeln getroffen; sie spüren alle Qualen und wohl auch alles Angenehme, was uns Körperempfindungen übermitteln können.

In Wirklichkeit hält sich aber die Hauptmasse der zur Beobachtung kommenden Halluzinationen an eine viel geringere Auswahl. Es kommt äußerst selten vor, daß ein Schizophrene eine ganze Predigt, ein Drama halluziniert, daß er im Kaffee halluziniertes Brot findet, daß er eine alltägliche Landschaft sieht (Musik wird selten gehört[1]) usw. Ganz gewöhnliche oder sehr komplizierte Vorkommnisse werden von unseren Kranken nicht leicht halluzinatorisch reproduziert — komplizierte nicht, weil die wenigsten Leute hoher Leistungen fähig sind, und dazu der Assoziationszustand der Patienten das Können herabsetzt; die einfachen Tagesereignisse nicht, offenbar weil sie zu bedeutungslos für des Halluzinanten Psyche sind, die zunächst nur affektbetonte Gedanken in Halluzinationen hypostasiert.

Das Alltägliche ist, daß die Stimmen in abgebrochenen Worten oder kurzen Sätzen drohen, beschimpfen, kritisieren und trösten, daß Verfolger oder himmlische Gestalten, bestimmte Arten von Tieren, Feuer und Wasser und dann irgendein erhofftes oder gefürchtetes Milieu: das Paradies, die Hölle, ein Schloß, eine Räuberhöhle gesehen werden; daß im Essen Ambrosia oder irgendein vielgenanntes Gift oder Unrat geschmeckt wird; daß giftige Dünste oder ein wundersamer beseligender Duft die Kranken umgibt; daß sie die Liebeslust oder die Qualen eines mit allen physikalischen Einwirkungen geschändeten Körpers empfinden.

Mit solchen Mitteln werden immer die gleichen Wünsche und Hoffnungen und Befürchtungen ausgedrückt. Der Ehrgeizige vernimmt Andeutungen, die ihm Macht und Geld in Aussicht stellen, aber auch die Manöver der Widersacher enthüllen; der Eingesperrte hört Stimmen, die ihm baldige Freiheit versprechen, und andere, die die Freiheitsberaubung als ewige bezeichnen usw.

Die Halluzinationen der einzelnen Sinne zeigen manche interessante Eigentümlichkeiten.

---

[1]) Vor kurzem hörte eine unserer Patientinnen Gesang. Ihr paranoider Mann hatte für sich und sie Standeserhöhung prophezeit; sie werden dann von Volksmassen unter feierlichem Gesang abgeholt.

Die elementaren Halluzinationen des Gehörs sind verhältnismäßig selten. Auch sie haben meist eine Beziehung zum Patienten: das Rauschen deutet auf Gefahr, das Schießen geschieht zu seiner Rettung oder zu seinem Verderben. Doch gibt es auch einzelne Fälle, wo solche Akoasmen keine andere Bedeutung zu haben scheinen als etwa Ohrensausen für die Gesunden. Es ist aber fraglich, ob diese Erscheinungen den Namen „Halluzinationen" verdienen.

Die gewöhnlichsten Gehörshalluzinationen sind diejenigen der Sprache. In den Stimmen unserer Kranken liegt ihr Streben und Fürchten, ihr ganzes verändertes Verhältnis zur Außenwelt. Dem Megalomanen vermitteln sie die Erfüllung seiner Wünsche, dem Religiösen den Verkehr mit Gott und seinen Engeln, dem Deprimierten sagen sie alles erdenkliche Unglück an, den Verfolgten bedrohen und beschimpfen sie Tag und Nacht. Wort und Begriff der „Stimmen" wird dem Patienten wie dem Wärter zum Repräsentanten der krankhaften oder feindlichen Mächte überhaupt: die Stimmen reden nicht nur, sondern sie elektrisieren die Kranken, schlagen sie, machen sie steif, nehmen ihnen die Gedanken. Sie werden oft hypostasiert, teils als Personen, teils in sehr sonderbarer Weise: über jedem Ohr des Kranken z. B. sitzt eine Stimme; die eine ist etwas größer als die andere, aber beide ungefähr wie eine Walnuß, sie haben nur ein großes Maul und sonst nichts.

Inhaltlich sind bei unseren Kranken die Bedrohungen und Beschimpfungen am gewöhnlichsten.

Tag und Nacht kommen sie von der Umgebung, aus den Wänden, von unten, von oben, aus dem Souterrain und vom Dach, aus Himmel und Hölle, aus Nähe und Ferne. Die Patienten hören aber auch, wie die Angehörigen oder ihre Befreier kommen, wie diese von den Ärzten abgewiesen oder gefangen gesetzt, gemartert werden. Wenn der Patient ißt, sagt man bei jedem Bissen: „es ist ein Diebstahl darin"; wenn ihm etwas herunterfällt, tönt es: „wenn dir nur der Fuß abgeschlagen worden wäre".

Sehr oft sind die Stimmen kontradiktorisch; zunächst gegen den Patienten (wenn er an Gott denkt, leugnen sie dessen Existenz); dann aber auch unter sich (eine Kranke hat einen Abszeß, da sagen sie „Blutvergiftung", dann wieder „gute Heilung"; bei der Menstruation einer älteren Jungfer heißt es: „Periode, aber Abänderung sollte es sein" und dann wieder „Frühlingsveränderung"). Die Rolle des Pro und Kontra wird oft von verschiedenen Stimmen, von verschiedenen Persönlichkeiten übernommmen: die Stimme der Tochter des Hauses sagt einem Patienten: „er wird verbrannt"; die der Mutter: „er wird nicht verbrannt"; neben den Verfolgern hören die Kranken oft einzelne Beschützer. Dann wieder amüsiert sich die nämliche Stimme damit, den Patienten zur Verzweiflung zu bringen, indem sie seine Absichten billigt, ihn auffordert, einen bestimmten Kauf zu machen, um dann, wenn es geschehen ist, ihn dafür zu tadeln. Die Stimme befiehlt ihm, ins Wasser zu gehen, und höhnt ihn zugleich, daß er es tut. Die Wärter, die Ärzte, ein Polizist, „die Stimmen" überhaupt, kritisieren mit Vorliebe die Gedanken und Handlungen der Patienten. Bei der Toilette tönt es: „jetzt kämmt sie sich", „jetzt zieht sie sich an", teils in einem höhnenden oder tadelnden Ton, teils mit einem kritisierenden Zusatz. Die Stimme kann auch verbieten, was der Patient gerade zu tun im Begriff ist. Manchmal stellen die Halluzinationen die gesunde Kritik gegen wahnhafte Gedanken und

Triebe der Patienten dar. Für solche Stimmen erfinden die Kranken besondere Bezeichnungen; „Gewissensstimmen" werden sie an den verschiedensten Orten genannt; mit „Rügeteufel" wird die negative Seite bezeichnet.

Die Gewissensstimmen können auch eine Absicht kritisieren, bevor sie dem Patienten zum Bewußtsein gekommen ist. Ein intelligenter Paranoider aus dem Thurgau hegte feindliche Gefühle gegen seinen Wärter; als dieser ins Zimmer trat, sagte ihm die Stimme in tadelndem Ton: „So ein Thurgauer schlägt einen anständigen Privatwärter einfach hin."

Auch Wahrnehmungen werden in Stimmen umgesetzt, ohne daß sie bewußt wurden; dann werden die Stimmen für den Kranken zu prophezeienden; ein Patient hört: „jetzt kommt einer mit dem Wasserkübel", dann geht die Tür auf und das Vorausgesagte erfüllt sich. Andere Prophezeiungen sind nichts als Wünsche und Befürchtungen des Kranken: Gottes Stimme sagt ihm, daß morgen die Anstalt samt den Ärzten durch irgend eine Katastrophe weggefegt und er erhöht wird.

Manchmal konstatieren die Stimmen einfach, was die Patienten tun oder denken und zeigen damit eine deutliche Analogie mit dem Symptom des Benennens; beim gewöhnlichen Benennen wird die Idee einer Handlung oder eines gesehenen Gegenstandes in motorische Worte umgesetzt, hier in akustische. Es kommt auch vor, daß der Patient, der ein Bild ansieht, hört: „das ist eine Hochzeit"; die Stimmen „benennen" das Gesehene im eigentlichsten Sinne.

Häufig ist bei der Dementia praecox das Gedankenlautwerden (mißverständlich auch „Doppeldenken" genannt). Leise flüsternd oder in unerträglich tönender Stärke hören die Kranken ihre Gedanken; „das Telephonnetz nimmt alles ab, was ich denke". Auch Illusionen verkörpern dann die momentanen Gedanken: „Was ich denke, Glocken rufens, Wagen knarrens, Hunde bellens, Vögel singens, das war noch niemals geschehen auf der Welt." Auch wenn die Kranken reden, so kann der Gedanke noch einmal halluzinatorisch laut werden: „Wenn ich manchmal so etwas vor mich hin sage, so ist es mir, wie wenn ich es in der Ferne hören würde" (666, S. 260). „Wenn ich aufhöre zu reden, so sagen die Stimmen wieder, was ich gesagt habe." Besonders häufig, aber nicht ausschließlich, kommt die Erscheinung beim Lesen und beim Schreiben vor.

Regelmäßig mischen sich dem Gedankenlautwerden andere Halluzinationen bei: Einem Hebephrenen sprach man alles genau nach, wie er es sagte; ein Weib hat alles, was er sagte, mit Bemerkungen begleitet; ein Mann las alles vor, was er aufschrieb, ein anderer Mann verhandelte über ihn mit einem Weibsbild.

Die Stimmen geben auch Auskunft über sich selbst; sie sagen, wer sie sind, wie sie aussehen, wo sie sind usw., aber all das gar nicht so häufig; die Kranken wissen es eben schon oder interessieren sich nicht dafür. Einer unserer Patienten hörte zuerst die Stimme, und dann wurde gesagt, von wem sie kam.

Die Verwirrtheit der Kranken findet oft ihren Ausdruck in den Stimmen. Manchmal reden viele zugleich, so daß der Patient nicht folgen kann; oft reden sie ein Durcheinander, das der Kranke nicht aufzufassen vermag. Konfuses oder sonst dem Patienten ganz Unverständliches wird häufig wahrgenommen.

In der Regel aber hören die Kranken kurze Sätze oder einzelne Worte, die für sich nicht einmal einen Sinn haben müssen; dieser wird erst von den

Patienten hineingelegt. Es ist außer der Komplikation mit Alkoholismus nicht so häufig, daß die Kranken zusammenhängende Reden hören. Häufiger schon sind Gedankendialoge, sei es mit Gott oder einem Beschützer oder mit einem Verfolger. Oft nehmen die Stimmen spezielle Eigentümlichkeiten an; sie reden ungeheuer langsam, skandieren, rhythmisieren, reimen, reden fremde Sprachen usw.

Außer in die nähere und fernere Umgebung werden die Stimmen häufig in den Körper lokalisiert, meist aus leicht einzusehenden Gründen: die Mutter spricht im Herzen und in den Ohren des Kranken; vertraute Stimmen werden überhaupt gerne in die Brust oder ins Herz lokalisiert. Manchmal aber tönt es aus dem ganzen Körper „du Luder", „du Hure". Ein Polyp kann Anlaß werden, die Stimmen in die Nase zu verlegen; Darmkatarrh bringt sie mit dem Abdomen in Verbindung; schnarchendes Atmen, Ruktus knüpfen sie an die entsprechenden Organe. Bei sexuellen Komplexen rufen der Penis, der Urin in der Blase, die Nase obszöne Worte. Die wirkliche oder eingebildete Gravida hört ihr Kind oder ihre Kinder im Mutterleib sprechen. Einer unserer Kranken hat in der linken Hand (mit der er onaniert) ein Mädchen, das zu ihm spricht, wenn er die Hand ans Ohr legt.

Nicht immer aber läßt sich der Grund der Lokalisation finden. So wenn ein Patient nur sein Bein sprechen hört, oder wenn die Stimmen an verschiedenen Orten unter der Haut sind und beständig rufen: „nicht herauslassen", „nicht aufschneiden". Sonderbare Empfindungen müssen es sein, die die Patienten zu Aussprüchen veranlassen, wie: „namentlich das letzte Wort wurde mir einige Minuten lang förmlich um den Kopf gewunden" (Kraepelin), oder: „die Herzstimmen sind kranzförmig an meinem Leibe angewachsen"; „ich empfange auch viele Stimmen, und zwar so, daß es oft förmlich auf mich regnet". Eine unserer Kranken beschreibt eine bestimmte Kategorie ihrer Stimmen „wie wenn sie mit einem Ton anprallten, so daß es einen Schlag auf die Nerven gibt". Eine andere — tadelnde — Stimme ist „eigentümlich schief, nicht wie angebrüllt" und macht ihr „die schwarze Lineatur im Gesicht, das sind schwarze Linien, wie Dekorationen".

Gelegentlich sitzen die Stimmen nicht im Körper, sondern in den Kleidern; eine unserer Hebephrenen schüttelte beständig eine Unzahl von „sprechenden Seelchen" aus den Röcken; einer andern kreuzen sich die Stimmen über den Schultern. Auch die Dinge sprechen: die Limonade redet, aus der Milch tönt des Patienten Name; die Möbel sprechen zu ihm. Wie gering der Unterschied zwischen Halluzinationen und Illusionen ist, zeigt sich u. a. darin, daß die Kranken in der Stille aus einer beliebigen Stelle Stimmen hören, die aber sofort, wenn ein Geräusch auftaucht, in dieses lokalisiert werden. Magnan berichtet, daß, wenn gute und böse Stimmen verschieden lokalisiert werden, die guten von oben kommen, die bösen von unten. Dieses Verhältnis ist nicht so selten und entspricht ja unseren religiösen Vorstellungen; aber man kann es kaum als Regel aufstellen, weil es zu viele Ausnahmen gibt. Die gleiche Bedeutung hat es, wenn ein Kranker auf der ruhigen Abteilung die Stimmen von oben hört, auf der unruhigen von unten; er fürchtet die Stimmen von unten ganz besonders.

Es kann auch vorkommen, daß die beiden Parteien, die sich mit dem Patienten abgeben, sich in seine beiden Seiten teilen. Namentlich die Gehörs-

halluzinationen sind nicht allzu selten „auf dem einen Ohr" angenehm, auf dem andern unangenehm; ich konnte aber nicht immer eine bestimmte Vorliebe der guten Stimmen für die rechte Seite beobachten, wie andere Autoren gefunden haben wollen; immerhin redete symbolischerweise einer unserer Kranken der Heilige Geist ins rechte Ohr, die Schlange ins linke.

Manchmal sind auch die Stimmen nur einseitig; oft, aber nicht immer, findet man den Grund in einer Erkrankung des betreffenden Ohres, so daß es sich wohl um illusionäre Deutung von Ohrengeräuschen handelt.

Die Halluzinationen der Körperempfindungen bieten eine Mannigfaltigkeit, der eine Beschreibung unmöglich gerecht werden kann.

Alle Organe können Sitz von argen Schmerzen sein; der Kopf wird so empfindlich, daß die leiseste Berührung der Haare entsetzlich weh tut[1]); das ganze Gerippe schmerzt. Die Patienten werden geprügelt, gebrannt, man sticht ihnen glühende Nadeln, Dolche, Spieße in den Leib; die Arme werden ihnen aus- und eingerenkt; der Kopf wird ihnen nach hinten übergezogen; die Beine kleiner gemacht, die Augen herausgezogen, so daß sie sie im Spiegel auch als ganz aus dem Kopfe herausragend sehen; man preßt ihnen das Haupt zusammen; ihr Körper ist wie eine Ziehharmonika geworden, er geht auseinander und wieder zusammen; sie haben Eis im Kopf, sind ganz in einen Eiskeller gesteckt worden; im Körper ist siedendes Öl; auf der Haut sind lauter Steine; in den Augen, im Gehirn flimmerts; eine Kugel läuft spiralförmig an den Schädeldecken von der Basis zum Scheitel; man zupft die Patienten wie das Roßhaar einer Matratze. Im Magen ist ein Gefühl, wie wenn die Speisen nicht drin geblieben wären, er wird aufgeblasen; die Lunge wird so aufgebläht, wie wenn ein dicker Herr von den Genitalien durch den Bauch in die Brust heraufgezogen würde; am Bauchnabel ist falsches Herzklopfen; der Herzschlag wird bald gehemmt, bald beschleunigt, das Atmen wird verhindert, der Harn abgezogen oder zurückgehalten. Alle Organe werden herausgenommen, zerschnitten, gezerrt, umgedreht; der eine Hoden ist geschwollen; die Nerven, die Muskeln, alle möglichen Organe werden gespannt.

Auch den Normalen unverständliche Körperempfindungen kommen in Menge vor. Wenn es jemand gut mit einem unserer Paranoiden meint, so „berührt es ihn sanft", wenn jemand es schlecht meint, „schlägt es ihn". Er fühle es nicht an der Haut, sondern mehr im Kopf; es teilte sich dann dem Körper mit, die Haltung verändere sich.

Täuschungen der kinästhetischen Sinne und des Vestibularorgans treten im ganzen zurück; doch glauben die Patienten etwa bestimmte Handlungen auszuführen, während sie in Wirklichkeit im Bett liegen oder unbeweglich an einer Wand stehen. Da müssen natürlich diese Organe mithalluzinieren. In traumhaften Zuständen kommt es etwa vor, daß die Kranken wie Epileptische unkoordinierte Bewegungen machen, während sie zu kämpfen oder eine Liebesszene durchzumachen glauben. Unter Umständen nimmt man alle möglichen Dislokationen mit ihnen vor, wirft sie durch die Luft, stellt sie auf den Kopf. Es kommt auch etwa vor, daß die Kranken glauben, einzelne Glieder werden bewegt, während objektiv nichts wahrzunehmen ist. Einer unserer Paranoiden spürt Kopf- und Schulterbewegungen, die er aber für die einer halluzinierten Person hält. Ähnlich sagt ein Kranker (526): „Wenn die Stimmen ihre Zunge bewegen, spüre ich es in meinem Mund." Selten spüren die Kranken Worte als motorische Schriftbilder in den Händen (38, S. 153).

[1]) Wohl analog der Exazerbation von Stimmen während eines Geräusches.

Die kinästhetischen Sinnestäuschungen der Sprachorgane sind wohl die häufigsten. Die Kranken glauben zu sprechen, ohne daß man objektiv etwas davon bemerken kann[1]). Natürlich darf man nicht Gehörshalluzinationen ohne weiteres auf Halluzinationen des sprachlichen Muskelsinnes zurückführen; aber die kinästhetischen Halluzinationen verdienten doch ein erneutes Studium[2]).

Unter den schizophrenen Körperhalluzinationen sind die sexuellen wohl die häufigsten und wichtigsten.

Alle Wonnen normaler und abnormer Geschlechtsbefriedigung werden von den Kranken durchgelebt, aber noch viel häufiger alle Scheußlichkeiten, die sich die üppigste Phantasie ausdenken kann. Den Männern wird der Same abgezogen, man macht ihnen schmerzhafte Erektionen; dann wieder werden sie impotent gemacht; man brennt, schneidet, reißt die inneren und äußeren Genitalien; Frauen werden in der raffiniertesten Weise geschändet, verletzt, zum Koitus mit Tieren gezwungen usw. usw. Oft ist die Sexualempfindung nicht nur für den Beobachter, sondern auch für den Kranken selbst verhüllt. Stechen, Wühlen und dergleichen Sensationen werden von Patientinnen sehr häufig zunächst in die Brust verlegt, während es sich bei geeignetem Fragen oder noch besser bei freiem Aussprechenlassen der Kranken herausstellt, daß die Erscheinungen ihren Sitz eigentlich in den Genitalien haben. Gar nicht selten handelt es sich aber nicht bloß um einen sprachlichen Euphemismus, sondern um eine wirkliche Verlegung genitaler Empfindungen an andere Orte des Körpers, namentlich ins Herz, dann bei Männern in die Nase, bei Frauen in den Mund. Sogar die ursprünglich genitalen Stimmen machen solche Wanderungen. Ein Hebephrene mit starkem Onaniekomplex, der eine Zeitlang sein Glied rufen hörte: „Vogelsang, Vogelsang", vernahm später die gleiche Stimme im unverfänglichen rechten Ohr. Sehr häufig wird die sexuelle Halluzination auch inhaltlich verkleidet: Elektrisiert- und Gebranntwerden hat meist sexuelle Bedeutung. Eine unserer Patientinnen beklagte sich über Schaukelpferde im Bett, deren Stöße sie fühle; ein genaueres Examen zeigte, daß es sich um Koitusgefühle handelte, die allerdings auch für die Patientin sich in Schaukelpferde verwandelt hatten. Denn trotz der symbolischen Bedeutung vieler solcher Halluzinationen sind die meisten derselben wirkliche Empfindungen, die uns nicht bloß vorgetäuscht werden durch metaphorische Ausdrucksweise der Kranken. Immerhin kommt gerade bei den Körperhalluzinationen die uneigentliche Bedeutung mancher Worte häufiger zur Geltung als bei den Berichten über Täuschungen anderer Sinne. Das Brennen hat in einzelnen Fällen keine sinnliche Deutlichkeit; und wenn eine Kranke sagt, sie werde gewürgt, bis sie gewisse Worte herausrufe, so stellt sich bei näherem Zusehen heraus, daß das Würgen im uneigentlichen Sinne den Zwang ausdrückt, etwas zu sagen.

Die Körperhalluzinationen kommen besonders gern als Reflexhalluzinationen vor; auch sonst treten sie oft anfallsweise auf. Sie machen dann oft den Eindruck abortiver katatoner Anfälle: „es fängt an den Füßen an wie ein Krampf, geht dann den Leib hinauf bis in die Arme und juckt, geht in den Bauch und rumpelt, dann kommt's ans Herz, reißt, zerrt, geht an den Hals, daß er fast erstickt, dann hört's auf; oft geht's in den Kopf und dann bin ich ganz verloren"[3]). Solche Anfälle haben manchmal deutlich sexuellen Charakter;

---

[1]) Dumont de Monteux (in Ballet 38, S. 148) nennt es „chique nerveuse", wenn die Patienten das muskulär halluzinierte Wort wie einen Fremdkörper im Munde empfinden.

[2]) Die Arbeit Cramers (135) hat die Bedeutung und das Vorkommen der Halluzinationen des Muskelsinnes überschätzt.

[3]) Übergang zu katatonischen Anfällen.

einzelne Patienten geben spontan an, daß sie sexuelle Gefühle bald angenehmen, bald unangenehmen Charakters dabei haben; bei anderen kann man es aus versteckten Andeutungen oder anderen Indizien schließen.

Die Gesichtshalluzinationen sind bei klarem Bewußtsein verhältnismäßig selten und nehmen da unter Umständen den Charakter von eigentlichen Pseudohalluzinationen an, indem sie als Täuschungen erkannt werden. Häufiger allerdings erscheinen sie dem Kranken als wirkliche „Bilder“, nicht aber als wirkliche Gegenstände.

Die folgenden Beispiele stammen alle aus chronischen Zuständen mit Besonnenheit. Erscheinungen von Licht, Nebel, Dunkelheit u. dgl. gehören zu den häufigeren Vorkommnissen; eine Patientin sieht vor den Augen Nebel und Wolken, „die das Gesicht und die Gedanken verfinstern“. Auch geometrische Figuren werden gesehen. Ein Kranker sieht beständig ein paar weiße Augen vor sich; ein anderer Köpfe um sich herumstehen; es schweben Leute in der Luft, von denen die einen sich freuen, die anderen weinen; „Engel so groß wie Wespen“ umfliegen den Kranken; vor einer Hebephrenen tauchen Hände auf, deren Träger nicht gesehen werden. Geister in verschiedenen Farben schweben um die Kranke, schlüpfen durch die Glieder in sie hinein; eine andere sieht Elefanten und andere Tiere, auch Menschen, Räuber in ihrer Brust ein- und ausgehen. Eine sieht zweistöckige Wagen in verschiedenen Farben mit je zwei Pferden unter der Haut der Magengrube von links nach rechts und dann unter dem rechten Arm hinaus und auf der Straße weiter fahren.

Tiervisionen sind nicht sehr häufig, wenn nicht der Alkohol die Symptome mit determiniert. Immerhin kommen die Sexualtiere: Schlangen, Elefanten, Pferde, Hunde nicht allzuselten vor, wenn sie auch öfters gefühlt als gesehen werden. Eine Kranke hat gesehen, wie ihre eigenen Knochen ein Hund sind.

Ganze Szenen werden außerhalb der akuten Dämmerzustände nicht so häufig gesehen, sind aber bei den letzteren — belebt durch Halluzinationen anderer Sinne — etwas Gewöhnliches. Ein deprimierter Hebephrene sah am hellen Tage eine Schafherde ohne Hirten in einer unbekannten Gegend. Drei Tote in bestimmten Stellungen liegen da, und zugleich ist des Patienten Mutter anwesend, um ihn zu beschützen. Bettdecken liegen auf des Nachbars Dach; das Nachbarhaus brennt; um das Wachtlicht wickelt sich eine Schlange; ein Herr wird beständig guillotiniert; Herren und Frauen sitzen um das Licht gruppiert. Die Cousins einer sehr jungen Katatonika prügeln sich zum großen Vergnügen der Kranken, stehen auf dem Kopf; über dem Kopf der Ärztin stehen eine Menge Menschen, in der vorderen Reihe die guten, hinten die bösen, darunter ihre Eltern (die die Patientin mit Recht fürchtet). Der Himmel steht offen; die Engel und die Heiligen und der Herrgott selbst verkehren mit dem Kranken. — Am häufigsten erscheinen furchtbare Gestalten aus der Hölle, Räuber, die den Patienten bedrohen. — Worte in einer beliebigen Schrift sind nicht selten, auch etwa ganze Sätze kommen vor. Manchmal blitzartig, als Verkörperung irgendeines Einfalles. So sah ein Paranoider, dem der Wärter Medizin eingab, plötzlich in der Höhe das Wort „Gift“.

Auch bewußte Gedanken oder die Predigt, die man eben hört, können in verschiedenen Zeichen geschrieben vor sich gesehen werden („Gedankensichtbarwerden“, Halbey).

Das Verhältnis der Gesichtshalluzinationen zur wirklichen Umgebung ist ein sehr verschiedenes. Oft werden sie einfach in die Umgebung hineingesetzt: über dem Kopf der Ärztin stehen Leute; andere gehen durchs Zimmer wie wirkliche Menschen. Manchmal fällt den Patienten das von der gewöhnlichen Er-

fahrung Abweichende auf; Visionen, z. B. von Menschen, können durchsichtig erscheinen, indem die Wirklichkeit hinter ihnen sichtbar bleibt. Auch durch eine besonders scharfe Definition, ebensowohl wie durch Unklarheit der Umrisse können sie sich auszeichnen: ein Kranker sieht nachts einen Mann und eine Frau am fernen Wald so scharf „wie ausgeschnitten", Figuren werden auf den Patienten „zugestrahlt"; sie verschwinden, wenn er die Augen öffnet; manchmal wieder werden Visionen nur mit offenen Augen gesehen. Im Gegensatz zu den Stimmen werden die Visionen nur ausnahmsweise als Repräsentanten des ganzen Spukes aufgefaßt: Bilder gehen dann nicht nur herum, sondern sie lärmen, handeln.

Die Geschmacks- und Geruchshalluzinationen der Schizophrenie haben nichts Besonderes.

Die Kranken schmecken Sperma, Blut, Kot, alle möglichen Gifte im Essen; Seife ist in den Nudeln, Unschlitt im Kaffee; es kommt ihnen etwas Staubartiges von bitterem Geschmack angeflogen; Gerüche und Gifte werden ihnen durch den Mund beigebracht, so daß sie sich nicht mehr anders helfen können, als indem sie sich den Mund mit Wolle oder Lappen vollstopfen, bis sie blau werden. „Das Fleisch stinkt, wie wenn man ein goldenes Ei darauf zerdrückt hätte"; im Zimmer riecht es nach Leichen, nach Chloroform; nach Pech, nach „Schlangendunst"; das Bett riecht, es ist mit Zwiebelfladen und Tabak verunreinigt worden. Ein Patient riecht seine Onanie. Bei ekstatischen Zuständen kommen auch allerhand angenehme Gerüche vor; eine Kranke spürt einen himmlischen Geruch im Mund und in der Nase, wenn sie bei einem bestimmten Pfarrer in der Kirche ist.

Die Tasthalluzinationen sind selten und erscheinen, auch wenn sie vorkommen, meist recht ärmlich, namentlich wenn man sie mit denen beim Delirium tremens vergleicht.

Gelegentlich spüren Kranke Tiere an ihrem Leib herumkrabbeln, namentlich Schlangen, aber auch andere kleinere Tiere werden so halluziniert. Eine Patientin ist „im Ameisenbett oder Schlangenbett". Auch werden halluzinierte Gegenstände erfaßt, weggeschoben usw.

* * *

Die Illusionen der niederen Sinne, die sich ja nicht recht von den Halluzinationen trennen, können hier übergangen werden. Viel wichtiger sind dagegen die Gehörsillusionen; alles was halluzinatorisch wahrgenommen werden kann, mag auch als Illusion auftreten. Alle Geräusche, alles was überhaupt den Akustikus reizt, kann Anlaß zu Illusionen geben; besonders ist noch darauf aufmerksam zu machen, daß auch die gesprochenen Worte sehr häufig illusionistisch umgehört werden; ganz beiläufige Bemerkungen, Gruß, Gespräch mit einem andern Kranken, alles kann der Patient im Sinne seines Wahnes verstehen. Gelegentlich wird nur die Lokalisation einer Wahrnehmung verändert; so hörte eine Kranke die wirklichen Reden einer Nebenpatientin in ihrer eigenen Brust.

Am meisten Bedeutung bekommen die Illusionen des Gesichtes. Mit der Umgebung kann man sich nur abfinden, wenn dieselbe optisch einigermaßen aufgefaßt wird. Der vollkommene Delirant, der die ganze Umgebung weghalluziniert und sich dafür eine eingebildete schafft, ist bei der Schizophrenie

verhältnismäßig selten; auf die Dauer können bei einem handelnden Patienten Halluzinationen des Gesichts nicht bestehen, sondern nur Illusionen und von diesen nur diejenigen, die sich einigermaßen mit der Wirklichkeit abfinden. Der Illusionierende kann statt der Zimmerwand die Wand eines Palastes oder eines Gefängnisses sehen und diese Illusion ohne Schaden und Korrektur durchführen; wenn er aber an Stelle des Fensters eine Tür sieht, riskiert er zu verunglücken.

Ein Kranker sieht alles rot, ein anderer alles weiß; der Wärter erscheint als Neger, die Straßenlaterne ist das Auge eines Gespenstes; das Kaffeegeschirr fängt an zu hopsen; eine Patientin sieht auf jedem Menschen zwei Köpfe, eine andere sieht kleine Gegenstände, wie Finger und Schlüssel, doppelt, und in der Bibel findet sie auf jeder Seite den Namen des Arztes, auf den sie ihre Liebe übertragen; ein Kranker prügelt einen anderen, weil dieser ans Fenster geht und ihn so hindert, die bedeutungsvollen Worte zu lesen, die die Formen des Gitters bilden. Die Ärzte erscheinen als Teufel; alle umgebenden Personen sind weiß und tanzen; jede Nacht werden wieder andere Gestalten hingestellt; es kommen zwei Männer mit langen Hemden, die Patientin winkt einem, da ist es die Patientin H. Die Mitpatienten bekommen während des Anblickens andere Gesichter.

Menschen und Dinge können auch die Größe ändern, meist in dem Sinne, daß sie größer erscheinen als normal, oder daß sie in beängstigender Weise vor den Augen des Patienten immer größer werden. Daß die Gegenstände kleiner werden, kommt auch vor, doch viel seltener. — Eine Katatonika sah die Leute umgekehrt, auf dem Kopfe.

Häufig ist die bloße Empfindung des „Fremdseins". Den Kranken kommt alles anders vor als sonst; die Welt, die Bäume treten zurück, die Ärmel am Rock sind länger, die Haare des Pelzes haben eine andere Farbe. Ein Arbeiter in einer Fabrik sieht eine Heuschrecke und wird höchst beunruhigt über das unbekannte, unheimliche Tier. Einer Hebephrenen kommt es vor, wie wenn die Bauern auf dem Feld nicht arbeiteten, sondern nur Bewegungen machten[1]).

Kombinierte Halluzinationen und Illusionen der verschiedenen Sinne treten bei den Dämmerzuständen und den akuten halluzinatorischen Aufregungen ganz regelmäßig auf: die Kranken glauben sich in einer bestimmten Umgebung, sie sind in einer Räuberhöhle, die Wärter sind Räuber und Mörder, die sie quälen wollen, die Betten sind Foltergegenstände; alles was sie wahrnehmen, entspricht diesen Vorstellungen. Oder sie sind im Himmel, sehen, hören, fühlen, riechen und schmecken die Freuden des Paradieses. Aber auch bei besonneneren Halluzinanten sind Kombinationen der Sinnestäuschungen etwas nicht Seltenes; namentlich verbinden sich Täuschungen der beiden bevorzugten Sinne, des Gehörs und der Körperempfindungen miteinander: die Kranken hören Drohungen oder Verabredungen, wie man sie plagen will, und spüren dann auch die Folgen der Einwirkungen usw. Manchmal sind auch bei ganz komponiert sich verhaltenden Kranken alle Sinne gleichzeitig beteiligt.

Ein Paranoider, der immer ganz arbeitsfähig ist, gab folgende Schilderung: Er fühlt den Hinterkopf beweglich, als könne er ihn nach vorn aufklappen; fühlt den Kopf nach rechts oder links verschoben; sieht überall Köpfe, große, kleine, bewegliche, feste; schwarze, rötliche, durchsichtige, undurchsichtige. Riecht meist Unangenehmes, selten Angenehmes: Petrol, Ammoniak, Geruch aus Mund

[1]) Über die Auffassung dieser Erscheinung siehe S. 45 f.

und Ohren; schmeckt einen Geschmack „wie Verdruß und Ärger“ (= bitter); hört beim Lesen Bemerkungen zur Orthographie. Hört, man müsse ihm einen Streich geben und fühlt den Streich. Hört Worte im Geräusch der Säge, fühlt ein Anhängsel am Kopf, einen Wasserkropf; die eine Brustseite steht vor; beweglichen Körper im Hals; Kreuzschmerzen; sieht und fühlt beim Baden einen vortretenden Knochen am Bein „in Wasserfarben“, fremde Körper im Hoden; Penis verschleimt, vergrößert. Stimmen kommen vom Kehlkopf und gehen nach dem Hinterkopf. Die Stimmen drücken ihm den Schädel krumm, den Mund, das Auge schief, er spürt eine Stimme im linken Nasenloch, wird mit Stimmen behandelt; „das wirkt anregend, sollte nun aber vorbei sein“.

Auslösung der Halluzinationen. Wie bei anderen Krankheiten, treten auch bei der Schizophrenie die Halluzinationen am ehesten dann auf, wenn die Kranken sich selbst überlassen sind. Ablenkung vermindert sie, die Einsamkeit und Stille der Zelle begünstigt sie. Das Dunkel vermehrt die Visionen, wenn auch der Unterschied zwischen Tag und Nacht nicht so groß ist wie bei Alkoholikern, Senilen und Fiebernden. Doch hat die Regel viele Ausnahmen. Einzelne Kranke werden gerade bei der Arbeit am meisten von Stimmen geplagt. Irgendwelche Reizzustände in beliebigen Körperorganen, Entzündungen, voller Magen, Spannung in den Gedärmen, Sekrete in den Bronchien können Körperhalluzinationen auslösen; auch objektiver Schall kann Stimmen hervorrufen, die man in der Mehrzahl der Fälle nicht als Illusionen auffassen kann. So verstopfen sich die Kranken die Ohren nicht nur, um die Stimmen gut zu hören, sondern auch umgekehrt, um sie nicht zu hören. Elektrische Reizung des Akustikus kann Stimmen hervorrufen[1]), Elektrisation des Kopfes kann sie aber auch aufhören machen[2]).

Auch zufällige Momente beeinflussen die Sinnestäuschungen. Oft haben die Kranken Ruhe, solange gewisse ihnen notwendig erscheinende Umstände nicht eingetreten sind; ein Paranoider verwundert sich darüber, daß man die anderen Kranken auch über ihn reden mache, wenn sie den Mund geschlossen halten; sind keine Patienten in der Nähe, so hört er auch nichts. Eine Patientin hört die Stimmen, die im Herzen lokalisiert sind, dann am besten, wenn sie die Hand aufs Herz legt. Viele bringen die Stimmen zum Aufhören durch allerlei Zauber und Faxen oder durch Aussprüche, wie „aha, das ist so“; manchmal hilft auch lautes Schreien oder Reden. Sehr häufig treten die Halluzinationen auf, wenn eine Person erscheint, die in die Wahnideen verwoben ist: manche Kranke hören sofort Stimmen oder fühlen sich elektrisiert, erstickt, wenn z. B. der Arzt die Abteilung betritt; sie spüren die im Schloß gedrehten Schlüssel in der Brust; fühlen sich „eingestrickt“, „eingelöffelt“, wenn neben ihnen jemand strickt oder ißt; das Erscheinen einer bestimmten Wärterin nimmt ihnen den Atem. So wird oft quasi die Idee zur Halluzination durch ein anderes Sinnesorgan gegeben („Reflexhalluzinationen“); eine Patientin hat Geruchshalluzinationen bei gewissen Gesichtseindrücken; eine Patientin Pfisters hörte während des Fütterns, daß mit der Sonde soeben die Vagina einer unreinlichen Patientin ausgespült worden sei. Wenn er jemanden erblassen sah, spürte ein Katatoniker Leichengeruch. Als eine Patientin Fleisch schnitt, glaubte die

---

[1]) Vgl. z. B. Chvosteck.

[2]) Vgl. Fischer 221.

Nachbarin sich aufgeschnitten und spürte Schmerzen, bekam eine Ohnmacht. Auch das halluzinatorische Benennen kann als Reflexhalluzination aufgefaßt werden; wenn ein Patient z. B. ein Schiff sah, so hörte er: „das Schiff, das Schiff".

In gewissem Sinne sind viele schizophrene Halluzinationen vom Willen abhängig. Nur in selteneren Fällen allerdings können die Kranken ganz willkürlich sehen oder hören, was ihnen beliebt. Sehr oft dagegen geben die Stimmen Auskunft über bestimmte Komplexgedanken der Patienten; diese führen ein Zwiegespräch mit ihnen oder sie wenden sich an sie, wenn sie eine Frage des Arztes nicht beantworten können. Wird die Aufmerksamkeit auf die Stimmen gewendet (oder wenigstens von anderen Dingen abgekehrt), so werden sie meist besser wahrgenommen. Doch überraschen sie den Patienten auch oft mitten in anderen Gedanken, und es kann vorkommen, daß die Aufmerksamkeit die Täuschungen auslöscht. Meistens allerdings erzwingen sich die Halluzinationen die Aufmerksamkeit oder, anders ausgedrückt, der krankhafte Vorgang besteht nicht nur in der Pseudowahrnehmung, sondern zugleich in der Richtung der Aufmerksamkeit auf dieselbe. So ist es meist schon ein Zeichen von Beruhigung, wenn es einem Kranken gelingt, die Halluzinationen „abzuherrschen", d. h. ihnen die Beachtung zu entziehen. Sie ganz zu unterdrücken, gelingt nur ausnahmsweise. Ein Paranoider kann den vom Fuß zum Kopf aufsteigenden „mumienartigen Gefühlen" (Eintrocknen und Einschrumpfen) wenigstens Halt gebieten, so daß sie z. B. in der Brust stehen bleiben.

Natürlich sind auch alle inneren oder äußeren Einflüsse, die die Krankheit überhaupt verschlimmern, Agents provocateurs der Halluzinationen: unangenehme Affekte, namentlich Aufregungen, Alkohol, Schübe des Krankheitsprozesses usw.

In zwei Fällen sah ich Gehörshalluzinationen nur dann auftreten, wenn die Patienten lagen. Auch Brierre de Boismont erwähnt einen Fall, wo die Stimmen durch Neigung des Kopfes hervorgerufen wurden. (Blutdruckänderung im Kopf?)

Nicht selten provoziert mäßiger oder unmäßiger Alkoholgenuß Halluzinationen aller Arten.

Die vier Haupteigenschaften der Halluzinationen: Intensität, Deutlichkeit, Projektion nach außen, Realitätswert, sind bei der Schizophrenie gänzlich unabhängig voneinander, so daß jeder derselben innerhalb maximaler Grenzen wechseln kann, ohne die anderen zu beeinflussen.

Intensität. Vom leisesten Flüstern und Säuseln bis zur erschreckenden Donnerstimme, vom leichten abnormen Gefühl im Körper bis zu unerträglicher Empfindung des Zerrissen-, Gebrannt-, Elektrisiertwerdens, vom zarten Dunst bis zum blendenden Licht kann alles halluzinatorisch wahrgenommen werden. Mit der zwangsmäßigen Aufmerksamkeit hat die Intensität keinen notwendigen Zusammenhang, wenn auch wohl ceteris paribus starke Trugwahrnehmungen eher beachtet werden müssen; leises, kaum oder gar nicht verständliches Flüstern beschäftigt oft die Patienten mehr als zu anderen Zeiten das lauteste Rufen. Immerhin haben Intensität, Zwangsbeachtung und Deutlichkeit der Projektion nach außen die gemeinsame Eigenschaft, oft mit den Schwankungen der Krankheit zu- und abzunehmen.

Deutlichkeit. Manchmal ist alles Wahrgenommene aufdringlich klar und scharf. Dann wieder hören die Kranken nur ein Geräusch, nur ein ver-

wirrtes Gemurmel, oder sie sehen etwas Nebelhaftes, unklare Gestalten, die sie mehr oder weniger unbewußt als eine bestimmte Erscheinung erst deuten müssen. Eine Patientin verstand die Stimmen nicht, merkte aber aus dem Lärm, daß sie getötet werden sollte; zwei Patientinnen Pfersdorffs (560, S. 742) hörten französisch schimpfen, obschon sie nicht französisch verstanden; „die Worte werden meist nicht deutlich verstanden, aber der Sinn" (ebenda, S. 743). So erzählen die Patienten sehr häufig nicht wörtlich, was sie gehört, sondern allgemeine Phrasen: „die Nachbarn haben Haß und Neid gegen sie gehabt", „es war ein öffentliches Gespött und Witzeln". Die Patientin hat „scheußlichen Natterngeruch" gespürt. Auf den Einwand, daß sie ja nicht wisse, wie Nattern riechen, meint sie: „man kann auch sagen Morphium". Durch solche Unbestimmtheiten wird der subjektive Wirkungswert in keiner Weise beeinträchtigt; die Patienten glauben eben an ihre Auslegungen, die sie für Wahrnehmungen halten.

Am auffallendsten sind die Verhältnisse der Projektion nach außen. Viele Halluzinationen werden genau wie die wirklichen Wahrnehmungen nach außen projiziert und können von diesen subjektiv nicht unterschieden werden. Eine scheinbar besondere Stellung nehmen allerdings die Hallzuinationen der Organempfindungen ein; für sie ist der Körper das, was man sonst die Außenwelt nennt. Man kann sie meist ganz gut von bloßen Parästhesien bei anderen Krankheiten unterscheiden, weil sie in allen Beziehungen den Halluzinationen der anderen Sinne parallel gehen. Sie werden nicht als Empfindungen aufgefaßt, die uns auf irgendeine Abnormität im Körper aufmerksam machen; der Halluzinant hat nicht einen brennenden oder stechenden Schmerz, sondern er wird gebrannt, gestochen. So wird wenigstens die Ursache ganz nach außen projiziert. Bei kombinierten Sinnestäuschungen bilden diese Körperempfindungen ein gleichwertiges Element unter den anderen halluzinatorischen Komponenten.

Anderseits unterscheiden viele Kranke primär, was sie wirklich sehen und hören von dem, was ihnen „vorgemacht wird", den „absichtlichen Halluzinationseintreibungen". Demnach sind sie oft geneigt, auch den Inhalt dieser Halluzinationen für Wirklichkeit zu halten, und es ist etwas Gewöhnliches, daß auch die Patienten, die solche Unterscheidungen machen, doch eine Menge anderer Halluzinationen als gewöhnliche Sinneswahrnehmungen betrachten.

Es kommen ferner alle Übergänge vor, von den normalen Vorstellungen zu den Sinnestäuschungen mit vollkommener sinnlicher Deutlichkeit.

Obschon die Gehörshalluzinationen am meisten Beachtung finden, wissen auch intelligente Kranke oft nicht zu sagen, ob sie die Stimmen hören, oder ob sie sie nur denken müssen; es sind „so lebhafte Gedanken", die aber doch von den Patienten selbst Stimmen genannt werden; dann wieder sind es „laute Gedanken", „tonlose Stimmen", zwei Ausdrücke, die vielleicht dasselbe, jedenfalls etwas sehr Ähnliches bedeuten. Einer unserer Schizophrenen gibt an, die Worte nicht zu hören, es sei ihm nur, wie wenn seine eigene Stimme dieselben ausspreche (Übergang zu den Halluzinationen des Muskelsinnes der Sprechorgane), dennoch scheinen ihm die Worte „lauter", wenn er sich körperlich anstrengt. Ein anderer Patient hat keine eigentlichen Stimmen mehr, sondern „nur noch sonderbare Ware auf den Lippen". Ein anderer Kranker hat die Stimme bald „im Gedächtnis", bald „hinter den Ohren". Die Unabhängigkeit von der eigentlichen Sinnesempfindung drückt ein Patient

Koeppes sehr drastisch aus: „Ich könnte stocktaub sein, und doch die Stimmen hören.“ Manchmal ist es den Kranken, „wie wenn sie hörten“, was nicht hindert, daß sie auf eine solche Aufforderung hin im Tag hundertmal das Fenster öffnen, oder daß einer extra an den Rhein reist, um sich ins Wasser zu stürzen. Letzterer Patient beschreibt die Empfindungen: „Es war mir, wie wenn jemand mit Fingern auf mich zeigte und sagte: geh und ertränke dich; es ist, wie wenn wir sprechen; ich höre es nicht in den Ohren, ich habe die Empfindung in der Brust, doch ist es mir, wie wenn ich einen Klang hörte.“ Ganz merkwürdig ist der Ausdruck, dem man etwa begegnet: die Stimmen werden mir „wie zu den Ohren herausgehaucht“, oder „wie wenn man aus meinen Ohren hinaus mit mir redet“. Es scheint, daß diese Patienten ein gewisses Gefühl dafür haben, daß die Stimmen von innen heraus kommen. Ein Kranker erklärte, früher sei mit ihm „äußerlich“ geredet worden, man sprach ihm in die Ohren; dazu müsse man „einem die Richtung nehmen zum Ohr“. Dieser Patient „hörte auch in den Beinen ein Zucken“, z. B. gerade bei der Prüfung „heißt es: schweig, oder etwas Ähnliches“. Es wird also hier durch das Zucken im Bein der Gedanke ausgelöst (oder ausgedrückt?), daß er besser täte zu schweigen. Patient glaubt diesen Gedanken im Bein zu hören; die akustische Komponente ist aber so vag, daß Patient nicht einmal sagen kann, in was für Worte der Gedanke gekleidet wird. Am nächsten den wirklichen Wahrnehmungen stehen wohl Phoneme, „die keine eigentlichen Stimmen, sondern nur Nachbildungen von Stimmen verstorbener Verwandten sind“.

Diese Beispiele erschöpfen die vorkommenden Nuancen der Projektion von Gehörshalluzinationen noch lange nicht. Die Patienten unterscheiden im großen und ganzen zwei Hauptklassen: die Stimmen, die von außen kommen ganz wie natürliche — und dann die in den eigenen Körper projizierten, die fast gar keine sinnliche Komponente haben und am häufigsten als innere Stimmen bezeichnet werden (Baillargers psychische Halluzinationen).

Diese letzteren sind also viel weniger Halluzinationen der Wahrnehmung als Halluzinationen der Vorstellung. Der krankhafte Prozeß dieser Grenzfälle hat mehr Beziehungen zur Vorstellung als zur Wahrnehmung.

Von den Gesichtstäuschungen kennt man nur wenige Abstufungen der Projektion. Im ganzen erkennen die Kranken hier leichter das abnorme als bei den Phonemen. Sie sehen Regimenter „vor den Augen“; lebende Bekannte werden ihnen in der Luft „im Schein“ vorgemacht; die Visionen sind „wie ein Schatten“, wie eine „Täuschung“; man „führt dem Patienten in der Nacht allerlei vor“, z. B. einen Neger; eine Katatonika hat „alles voll grüne Schlangen gesehen“; sie hat sie aber nicht gesehen, es war ihr nur, „wie wenn sie da wären“. Auch Visionen können etwa dem Sinnesorgan entspringen, so die Aussteuer nebst Kindersegen in dem folgenden Bericht einer jungen Dame:

Denke dir Papa, ich bin ein Wunderkind geworden. Aus meinen lieben blauen Äugelein kommen viel Sachen heraus, z. B. Leintücher, fix und fertig gebügelt, Kopfkissen mit samt Plumeau, weiß oder farbig, Bettstatt, Kommode usw. Körbe, Faden, ganze fertige Strümpfe von allen Farben, Kleider, einfach bis zu den elegantesten, und zum Schluß Menschen fliegen heraus, zum Glück nicht nackt, sondern fix und fertig gekleidet . . . .

Bei den Geruchs-, Geschmacks- und Tasthalluzinationen werden die Unterschiede in der Projektion noch undeutlicher, doch kommen auch da alle Übergänge von der Vorstellung zur Wahrnehmung vor.

Eine ganz sonderbare Lokalisation zeigen die extrakampinen Halluzinationen, die bei der Schizophrenie bis jetzt nur auf visuellem Gebiet sicher beobachtet sind (Visionen außerhalb des Gesichtsfeldes).

Ein intelligenter Hebephrene sieht, während wir mit ihm sprechen, plötzlich den Teufel hinter sich, und zwar so genau, daß er ihn zeichnen kann. Auf unseren Einwand erklärt er, daß er eben nun die Gabe habe, durch den Kopf hindurch nach hinten zu sehen. Da er uns von „Vorstellungen" sprechen hört, protestiert er lebhaft, es sei keine Vorstellung, sondern wirkliches Sehen[1]). Er sieht auf diesem Wege auch ganze Landschaften und Ähnliches. So können manche Patienten erschreckenden Visionen nicht entfliehen, obschon diese den Ort nicht ändern; die Kranken versuchen, den Erscheinungen den Rücken zuzuwenden, sie verkriechen sich zugleich unter die Matratze, sehen aber doch das Schreckbild vor den Fenstern. Manchen fällt dieses ungewohnte Sehen gar nicht als etwas Besonderes auf. — Als extrakampine Halluzination ist es wohl auch aufzufassen, wenn ein Patient unter dem ihm nicht durchsichtig erscheinenden Fußboden Köpfe sieht, die ihm Grimassen schneiden. Und ein Übergang von der einfachen Vorstellung zur extrakampinen Halluzination des Geruches wird es sein, wenn ein Kranker hinten am Kopf „fühlt", (nicht riecht), daß er eine besondere Ausdünstung hat.

Eine Teilerscheinung des Transitivismus ist die Lokalisation der Halluzinationen in eine andere Persönlichkeit. Viele Schizophrene glauben nicht nur, ihre Umgebung müsse die Stimmen so gut wie sie selbst hören; sie meinen auch, entfernte Leute nehmen sie wahr. Von hier aus ist es nur noch ein kleiner Schritt bis zu den transitiven Halluzinationen, von denen der Patient annimmt, daß eine dritte Person sie höre, während er selbst nur auf irgendeinem geheimnisvollen Weg Kunde davon bekommt[2]). Manchmal „macht er sie" dem Dritten, indem er willkürlich an etwas denkt, was dieser hören muß. Auf optischem Gebiet ist es das Gleiche, wenn der Wärter „sehen" muß, was sich der Patient vorstellt. Die Erscheinungen gehen kontinuierlich über in die verbreitete Vorstellung der Schizophrenen, daß man ihre Gedanken kenne.

* * *

Der Realitätswert der Halluzinationen ist meist ein ebenso großer wie der der wirklichen Wahrnehmungen oder ein noch größerer; denn wo Wirklichkeit und Halluzination in Konflikt kommen, wird meist die letztere als die Wirklichkeit angesehen. Bezweifelt man die Realität der Halluzination eines Patienten, so hört man ganz gewöhnlich Entgegnungen, wie: „Wenn das keine wirkliche Stimme ist, so kann ich auch ebensogut sagen, Sie reden jetzt nicht wirklich mit mir." Wenn die Kranken ihre Stimmen von dem unterscheiden, was die Gesunden die Wirklichkeit nennen, so geschieht es meist durch Merkmale, die mit der normalen Projektion nichts zu tun haben: ein gewisser Inhalt, ein ungewohnter Ausgangsort, die Unsichtbarkeit des Urhebers der Stimmen und

---

1) Es handelt sich in meinen Fällen nicht, wie Kraepelin (Psychiatrie, 8. Auflage, I. 225) sagt, um lebhafte Gesichtsvorstellungen, „die durchaus nicht das Gepräge von sinnlichen Wahrnehmungen tragen", sondern um Erscheinungen, die von intelligenten und diskussionsfähigen Patienten den Wahrnehmungen vollständig gleichgestellt werden.

2) Die Erscheinungen, daß die Kranken glauben, ihre Gedanken werden von anderen gehört, nennt Séglas (in Ballet, 218) „écho de la pensée".

ähnliche Dinge sagen ihm, daß es sich um etwas Besonderes handle. Auch Geruchs- und Geschmackshalluzinationen werden in der Regel nicht als solche erkannt, während die Gesichtstäuschungen, die mit dem wirklichen Gesichtsbild beständig kollidieren, leicht als etwas Außergewöhnliches erscheinen. Das ist aber nicht gleichbedeutend mit der Erkenntnis als Sinnestäuschungen. Ein Photograph macht der Patientin „Bilder, die nicht richtig da waren", Engel, Gott usw. vor; sie hält nichtsdestoweniger daran fest, daß sie durch ein Glas wirklich in den Himmel hineingesehen habe. Ein solches Verhältnis ist das gewöhnliche. Die Stimmen sind Reden von anderen Menschen, obgleich sie in den eigenen Ohren entstehen; ein Kranker erklärte die Entstehung der Phoneme analog dem Rauschen, das man hört, wenn man eine Muschel ans Ohr legt, hielt das Gehörte aber doch für eine Realität. In Aufregungs- und Dämmerzuständen wird der grellste Widerspruch auch der optischen Halluzinationen mit der Wirklichkeit nur selten empfunden. Die letztere wird illusorisch umgedeutet, oder die Kranken leben auch optisch in zwei Welten zugleich, ohne dieselben miteinander in Verbindung zu bringen.

Auf optischem Gebiet kommen die „eigentlichen Pseudohalluzinationen" Kandinskys am häufigsten vor, Visionen, die scharf sind und ganz nach außen projiziert, aber als Halluzinationen erkannt werden. Sie unterscheiden sich wohl mehr durch die begleitende Kritik als durch eine besondere Eigenschaft der Sinneserfahrung von den gewöhnlichen Halluzinationen[1]). Sie scheinen bei der Schizophrenie vor den anderen Halluzinationen zurückzutreten.

Hier mögen auch die negativen Halluzinationen (Löwenfelds systematische Anästhesie) erwähnt werden. Sie scheinen selten zu sein, wenn man nicht das bei den Sperrungen angeführte Faktum hierherrechnen will, daß die Kranken auf einmal bestimmte Vorgänge oder auch alles, was um sie vorgeht, nicht mehr sehen und hören.

Ein Patient Jörgers (S. 52) glaubte sich beim Austeilen der Speisen beständig vom Wärter benachteiligt; er betete dann und sah hierauf sein Stück Fleisch immer größer und die Stücke der anderen immer kleiner werden, bis zuletzt gar nichts mehr auf deren Tellern zu sehen war. Schreber erzählt, daß er mehr als einmal seinen Wärter am hellen Morgen habe „alle werden", d. h. allmählich verschwinden sehen, so daß das Bett desselben leer war. Der Beschreibung nach war das eine negative Halluzination, möglicherweise aber auch das Verschwinden des positiv halluzinierten Wärters.

* * *

Die subjektive Auffassung der Halluzinationen ist eine sehr verschiedene. Das Gewöhnliche ist natürlich, daß die Kranken die Stimmen auf sprechende Menschen oder Apparate, die Visionen auf wirkliche Menschen oder vorgemachte „Bilder", die Geruchs- und Geschmackstäuschungen auf Beimengungen zur Luft oder zur Nahrung und die Körperhalluzinationen auf physikalische oder chemische Beeinflussungen zurückführen. In einzelnen Fällen merken sie das Pathologische; namentlich der Zusammenhang mit oder der Ursprung aus den eigenen Gedanken wird vielen Kranken mehr oder weniger bewußt.

---

[1]) Die Hagenschen Pseudohalluzinationen sind ein nicht ganz klarer Begriff und schließen die „psychischen Halluzinationen" in sich.

Sie „haben keine Stimmen, nur Gedanken, die andere nicht haben“, oder „statt der Gedanken haben sie Stimmen“, „alle Gedanken werden ihnen plötzlich zu Stimmen“. Die Undeutlichkeit der akustischen Komponente kann ausgedrückt werden durch den Satz: „Die Stimmen sind nicht wie geredet, sondern wie gedacht.“ Ein anderer, der Christi Stimme gehört hatte, äußert sich folgendermaßen: „Wenn einer erfüllt ist von Gottes Geist, so weiß er doch, was er zu tun hat. Es ist nicht gerade eine laute Stimme, es wird einer eben — (Sperrung) — durch Geist; man merkt es doch nicht, man könnte es auch nicht sagen; aber den Geist, den fühle ich da im Herzen drin, und dann geht es hinauf ins Gehirn und dann nennt man es Gedanken, und im Herzen nennt man es Pläne, Bilder, Vorstellungen, die man zur Ausführung bringen kann.“

Über die Art, wie die Halluzinationen entstehen, machen sich die Kranken die verschiedensten Vorstellungen. Wo sie, wie gewöhnlich, Menschen und Apparaten der Außenwelt zugeschrieben werden, ist die Sache sehr einfach. Es sind eben Leute da, im gleichen Raum, hinter den Türen, in geheimen Gängen der Mauern, auf dem Dachboden, in einem unzugänglichen Souterrain; oder an den gleichen Orten sind die raffiniertesten Apparate moderner Technik, erfunden und hingestellt, um auf Distanz zu reden, Bilder zu machen, zu benennen, zu elektrisieren; „durchs Lufttelephon, diese neueste Erfindung“, hat eine Patientin gehört, wie Leute in den Keller gingen und sie bestahlen.

Oft wird aber auf solche Auslegungen verzichtet. Die Patienten hören Stimmen von Abwesenden, ohne sich über das Besondere der Erscheinung Gedanken zu machen; „die Stimme kann doch da sein“.

Ein anderer Patient verwundert sich nur darüber, daß er mit seinen (abwesenden) Angehörigen laut reden muß, während er sie hört, auch wenn sie ganz leise sprechen. Andere sind „hinterhörig“, da sie von allen Seiten sprechen hören. Wenn eine Patientin von großen Männern gelesen hat, sieht sie sie nachher durch besondere Gunst der Gottheit. „Jeder hat ein Talent und eine Gabe, ich habe das Talent, daß ich etwas hören kann“, dieser Patient „hört“ auch Bilder, d. h. er bezeichnet die Visionen mit dem geläufigeren akustischen Ausdruck. Einer Patientin ist die Nachricht vom Tod des Mannes „angeblasen“ worden; die Stimmen werden einer Bekannten aus dem Kopfe genommen und dem Patienten in die Anstalt nachgeschickt; ein Kranker hat Stimmen anderer, die durch ihn sprechen, in Hals und Brust. Eine sonderbare Auffassung zeigte eine Patientin Ziehens (840, S. 34), deren vor der Krankheit bestehendes Ohrensausen „durch die Stimmen verunreinigt“ wurde. Einem unserer Hebephrenen liest man die Gedanken ab, bevor er sie ausspricht; er hat eine gewisse Anziehungskraft, zieht andere an, und andere ziehen ihn an; wenn er eine Frage denkt, zieht er gleich eine Antwort an, oder er zieht Stimmen an. Das Brot sagt ihm, von wem es gebacken worden; das kommt vom Nervenfluidum, das alle Leute an den Händen haben; sie übertragen es auf die Gegenstände, und so kommt die Antwort zu ihm. Andere hören durch „Nervenspannung“ oder sie „hören durch die Perspektive“. Solche Redensarten, die mehr originelle Bezeichnungen als Erklärungen sind, hört man in Menge; „das Redewerk geht immer“; der Kranke „wird gestimmt“; er hat den „Krieg“; die letzten beiden Ausdrücke bezeichnen Halluzinationen aller Sinne.

Trotzdem sehr viele Schizophrene sich beständig über die halluzinatorischen Belästigungen beklagen, ist es gar nicht immer leicht, genaue Auskunft über den Inhalt der Sinnestäuschungen zu erhalten. Zunächst stößt man alltäglich auf die Antwort: „Sie wissen es ja besser als ich“. Es erscheint plausibel,

daß es den Kranken „zu dumm" vorkommt, über Dinge Auskunft zu geben, die der Fragende nach ihrer Meinung besser kennt als sie, ja selbst gemacht hat. Es sind aber noch andere Hindernisse. Manchmal hat es den Anschein, als ob die Kranken sich genierten, zu reden; und sie geben oft direkt an, daß sie sich fürchten, die Erlebnisse auszukramen, weil man diese doch für krankhaft und sie selbst damit für „verrückt" halte. Ein Kranker gibt zunächst prompt, wenn auch nicht immer ganz klar, Antwort. Auf die Frage: Was haben die Stimmen gesagt? nimmt er plötzlich eine ganz veränderte Miene an, läßt den Kopf sinken und rückt den Stuhl hin und her, wie wenn er sich unter einem starken Druck drehen und winden müßte: „Ich sage nichts von Stimmen, von dem redet man gar nicht." Manchmal hat die Scheu zu erzählen ein deutlich sexuelles Gepräge; namentlich Frauen machen sehr oft verschämte Gesichter, wenn man sie nach Halluzinationen frägt, die für den unerfahrenen Beobachter wie für die Patientinnen nichts Sexuelles an sich haben. Sicher aber können viele Kranken nur ungenügende oder gar keine Auskunft darüber geben; in frischen Fällen noch mehr als in älteren beobachtet man alltäglich plötzliche allgemeine oder partielle Sperrungen, wenn man die Kranken nach dem Inhalt der Sinnestäuschungen frägt.

Ältere Patienten wissen oft ganz gut, daß die Halluzinationen ihrem Gedächtnis entschlüpfen. „Wenn mich die Stimmen verlassen, so weiß ich nichts mehr davon; ich kann es nur sagen, wenn ich es gerade höre", „die Stimmen sind so vorübergehend." Ein Kranker schimpft hocherregt über seine Stimmen; die sagen Dinge, die er nicht einmal zu denken wage. Auf die Frage, was sie denn sagen, weiß er gar nichts zu antworten. Manchmal bekommt man erst durch Suggestivfragen Berichte heraus, die dann durch Detailangaben verifiziert werden können. Häufig verläuft etwa die Einleitung der Untersuchung auf Halluzinationen in folgender Weise: Was sagen die Stimmen? „Nichts." — Machen sie Ihnen Vorwürfe? „Ja" usw.

Auftreten und Wandlungen der Halluzinationen. Die Halluzinationen schleichen sich in einzelnen Fällen ganz unmerklich in das Bewußtsein des Patienten ein. Einzelne Gedanken werden immer lebhafter, bis sie sinnliche Deutlichkeit bekommen; oder leises unbestimmtes Flüstern, das zuerst kaum beachtet wird, eröffnet die Szene. Ein Patient fühlte die Gedanken sich zerteilen; „es fing an laut zu reden, wie wenn es im Gehirn wäre". In seltenen Fällen treten die Halluzinationen zuerst als gewöhnliche Traumempfindungen auf, kommen dann im Halbschlaf, dann im vollen Wachen. Oft aber fallen dem Kranken gleich zu Anfang einzelne Zurufe auf und üben einen gewaltigen Einfluß auf sein psychisches Gleichgewicht aus. Wie sie gekommen sind, können sie wieder verschwinden, um früher oder später wieder zu erscheinen. In akuten Aufregungen aller Art sind die Halluzinationen häufig, sie überdauern aber wie die Wahnideen gern den Anfall. Oft kommen und gehen sie mit den Stimmungsschwankungen oder den Wellen der Krankheit. Sie kommen und verschwinden je nach Beschäftigung, Aufenthaltsort, umgebenden Personen. Viele Patienten aber haben Jahrzehnte lang keinen (wachen) Augenblick ohne Halluzinationen. Der spezielle Inhalt kann zufällig determiniert werden: ein Paranoider hatte im Beginn der Erkrankung einen Streit; die dabei gefallenen Schimpfworte hört er seit vielen Jahren immer wieder. Überhaupt werden die schizo-

phrenen Halluzinationen sehr gern stereotypiert. Kompliziertere werden auch vereinfacht[1]), schließlich ist es nur noch ein Wort oder ein unartikulierter Ton, der dem Patienten seine Wahnideen bestätigt.

Das Verhalten gegenüber den Halluzinationen zeigt die buntesten Verschiedenheiten. Viele Kranke, namentlich in akuten Stadien, reagieren auf dieselben, wie wenn sie Wirklichkeit wären; erscheinen deshalb äußerlich als ganz „verrückt". Im andern Extrem kümmern sich die Patienten, sei es aus kluger Selbstbeherrschung, sei es aus bloßer Gleichgültigkeit, gar nicht um die Sinnestäuschungen. Oft wehren sich Kranke nicht bloß gegen den Inhalt der Halluzinationen, sondern gegen den Eingriff in ihre Persönlichkeit überhaupt; sie erfinden Schutzmaßregeln gegen dieselben, von anscheinend ganz vernünftigen (Ohrenzuschließen), durch die verschiedenen dem Normalen nur teilweise verständlichen Einrichtungen bis zu den unsinnigsten Faxen und kabalistischen Beschwörungen. Andere wieder suchen die Halluzinationen auf, teils aus feindlichem Interesse, teils, weil sie ihnen direkt angenehm sind. — („Herr Dr., ich habe so schöne Träume.") — Die teilweise Spaltung der Psyche erlaubt den Patienten während des Halluzinierens oft einen normalen, zentripetalen wie zentrifugalen Kontakt mit der Außenwelt (sogar bei exakten psychologischen Wahrnehmungsversuchen, Bostroem).

β) Die Wahnideen.

Auch in den Wahnideen kann alles, was man wünscht und befürchtet, seinen Ausdruck finden und — wenigstens für unser jetziges Wissen — noch manches andere, vielleicht alles, was erlebt und gedacht werden kann. Dennoch wiederholen sich auch hier von Patient zu Patient immer wieder gewisse Typen und sogar spezielle kleine Züge in bemerkenswerter Weise.

Von den bekannten Inhaltsklassen der Wahnideen treffen wir die der Verfolgung am häufigsten.

„Es ist kein Gebiet menschlichen Verderbens, auf dem man nicht gegen mich gesündigt hat", sagte einer unserer Paranoiden.

Die Kranken werden von ihren Stellen verdrängt, durch Verleumdung und namentlich durch alle möglichen Schikanen. Man gibt ihnen besonders schwierige Arbeit, verderbt ihnen das Material, macht allerlei ehrenrührige oder sonst verletzende Anspielungen auf sie. Bevor der Patient in ein Dorf kommt, wird seine Ankunft gemeldet, dann wird er von allen Leuten beschimpft: man will ihn nach Sibirien transportieren, verkaufen. Zwei Huren wohnen ihm gegenüber, die jedesmal, wenn er essen will, so ekelhafte Sachen rufen, daß er nichts in den Mund nehmen kann. Man bestiehlt ihn, Wärter und Kranke tragen seine Kleider. Er wird als Abtrittrohr benutzt.

Besonnenere Schizophrene denken sich als Opfer einer bestimmten „Mörderbande", mit der sie alles Unangenehme in Beziehung bringen. Freimaurer, Jesuiten, „die schwarzen Juden", die Angestellten des Geschäftes, in dem der Kranke arbeitete, Gedankenleser, „Spiritismusmacher", ad hoc erfundene Feinde geben sich alle Mühe, ihn zu vernichten oder wenigstens beständig zu quälen und zu ängstigen. Überall, wo er sich befindet, stehen sie in feindlichem Rapport mit ihm, sei es, daß sie in gewöhnlicher Gestalt in den Mauern, in Nebenräumen, im Souterrain, in der

[1]) Schreber, S. 56.

Luft seine Ortsveränderungen mitmachen, sei es, daß sie aus der Ferne mit „Bergspiegeln“, auf elektrischem Wege, sein Tun und Denken beobachten und ihn mit allerlei Apparaten und Zauber beeinflussen, ihm Stimmen machen, ihm alle möglichen unaushaltbaren Empfindungen verursachen, ihn steif machen, ihm die Gedanken entziehen oder ihm Gedanken machen. Die Patientin kann nicht mehr auf den Abort gehen, weil sie nicht nur durch die Mauern, sondern auch durch das Abtrittrohr beobachtet wird. Ihrer letzten Geburt hat die ganze Nachbarschaft zugesehen.

Klare Vorstellungen, wie die Feinde das alles bewerkstelligen, macht sich selten ein Schizophrener, er hat auch kein Verlangen danach, „es ist eben so,“ damit gibt er sich zufrieden. Oft genügen Worte dem Kausalitätsbedürfnis: man redet zu ihm mit „Geheimdeuterei“, mit dem „Verbrecherbann“. Oder er denkt sich eine Art Zauberei: wenn man seinen Namen ausspricht, entzieht man ihm Kraft.

Öfter als über die Technik der Quälerei sucht sich der Patient Rechenschaft zu geben, warum man sich so viel Mühe um ihn gibt. Es sind Leute, die auf ihn eifersüchtig sind, die seine Konkurrenz auf geschäftlichem oder namentlich erotischem Gebiet fürchten, oder solche, die aus Bosheit, aus Freude an Quälerei, aus Wißbegierde oder zu irgend welchen eigennützigen Zwecken Experimente an ihm machen.

Besonders ausgesuchte Qualen bereiten den Kranken die körperlichen Beeinflussungen:

Der Arzt fährt ihnen mit Messerstimmen in die Augen, man zerschneidet, prügelt, brennt, elektrisiert sie, zersägt ihnen das Gehirn, macht ihnen die Muskeln steif, hat ihnen eine beständig arbeitende Maschine in den Kopf gesetzt. Man hat ihnen etwas in den Tränenkanal getan, die Augen von alten Frauen angehängt; man schläfert sie ein, deutet der weiblichen Kranken an, sie gäbe schöne Kalbfleischschnitzel, die dann von Wölfen gefressen werden; man schneidet ihnen die Geschlechtsteile ab und stellt diese in einer benachbarten Stadt aus. Man hat ihnen die Eingeweide umgedreht; Elefanten und allerlei Bestien bewohnen ihren Leib. Eine Kranke hat Menschen in ihren Fingern, die sie töten wollen und ihr das Blut aussaugen. Man entzieht ihnen die Kraft, die Schönheit, um andere damit zu begaben.

Häufig ist auch der Vergiftungswahn:

Man bringt den Kranken durch die Speisen, durch Dünste, durch das Waschwasser, durch die Kleider Gift bei; aus der Ferne spritzt man es ihnen in den Mund oder in andere Körperhöhlen. Man hat ihnen „Erstklaß Salzsäure, Haarbrot und Urin zu essen gegeben“. Neben Gift sind meist auch alle möglichen ekelhaften Sachen im Essen. Die Suppe ist mit Fußbadwasser gemacht, man pumpt ihnen Jauche in den Magen.

Der Begriff der Vergiftung wird oft verallgemeinert. Der Kranke ist im „Bann“; „wenn man in lauten Gedanken reden kann, so ist das eben der Bann, das was man einem anhängt, etwas ganz Unerklärliches. Man hat gemeint, es sei ein Gift, aus Menschen- und Tierleichen zusammengemacht, das ist natürlich ein Geheimnis des Vatikans. Aber das ist sicher, daß man damit schauderhaft gequält wird. Sie reden die Gedankensprache, bewegen den Mund nicht; mit dem Bann horcht man sie aus; es ist der gewalttätige Verhörbann, der Verbrecherbann.“

Der Verfolgungswahn wird leicht auf andere Leute, namentlich die Angehörigen, ausgedehnt. Die Verwandten werden in der Anstalt eingesperrt, auf alle Arten gefoltert, gemordet. Wenn der Kranke „mehr als ein Jahr und 87 Wochen“ hier bleibt, wird seinem Vater ein Bein abgedreht.

Auch der Größenwahn kümmert sich weder um Tatsachen noch um Möglichkeit oder Denkbarkeit der Erfüllung menschlicher Wünsche.

Manchmal allerdings tönt alles recht plausibel: der Kranke hat Talent für Mathematik, er wird die Lücken seiner Bildung ergänzen und ein großer Mathematiker werden; sein Vater macht sehr gute Geschäfte, er wird bald reich sein; eine angesehene Dame hat sich in ihn verliebt; es kommt jeden Tag ein Päckchen Zigarren für ihn an. — Meist aber geht der Durst nach Größe irgendwelcher Art ins Ungemessene: der Kranke bekommt „„so viel Geld als es Flocken geschneit hat, er wird König von England, man baut ihm einen Palast von Gold und Edelsteinen. Sein Herr ist der Herrgott. Er hat alle die armen Viecher hier (er meint die Patienten) gesund gemacht. Er muß „drei Glücke" haben: erstens mit dem Herrn Oskar ausreiten, zweitens sein Diener sein, drittens alles steht ihm und dem Herrn Oskar zur Verfügung."" Alle diese Ideen kommen vom gleichen Patienten und zeigen, wie jeder Wunsch für sich als erfüllt gedacht wird, auch wenn er implicite schon in einem andern enthalten ist. Einen Schein von Begründung hat es, wenn einem andern Kranken „als Herrgott alles Gold und Silber zur Verfügung steht". Mit dem Ausdenken der Ideen machen sich die Patienten keine Sorge. Sie können abwechselnd oder gleichzeitig nicht nur König von Britannien, sondern auch Britannien selbst sein. Kaiser von Österreich und Papst und bayerischer Kronprinz und zugleich der Gemahl einer (wirklich als Tier gedachten) Sau ist ein anderer Kranker. — Manchmal versteckt sich der Größenwahn mehr oder weniger: eine Kranke hält ihre Pflegetochter für Schneewittchen, d. h. sie selbst ist Königin. — Die Intelligenz der Patienten ist eine großartige. Der Kranke „saß in der Schule nie so weit oben, wie ihm gebührte". Er ist der Erfinder so ziemlich aller Maschinen und Apparate, die seit 50 Jahren konstruiert worden sind (daß er erst etwas über 20 Jahre alt ist, stört ihn auch bei Vorhalt nicht). Er will „das Perpetuum mobile erfinden, Soldat werden und die ganze Welt erobern". Er besitzt ein Mittel gegen Rückenmarkskrankheiten, kann fliegen und ißt nicht, weil er Himmelsspeise bekommt.

Auf religiösem Gebiete ist der Kranke ein Prophet oder auch der Herrgott und hat als solcher auf seinen Fahrten vom Himmel alle Wagen auf die Erde gebracht, mit denen nun die Menschen fahren. Die Patientin ist „Christus und der Herr der Welt"; sie ist das „höchste Gut" und spricht zugleich „im Namen des höchsten Gutes". Sie ist Haushälterin des Heilands, die Braut Christi, „der fünfhundertste Messias", „das Gottesbuch und muß belöhnt werden". Der Kranke ist wenigstens insofern Gott gleich, als alles, was er denkt, gleich geschieht. Bei Frauen hat die religiöse Größenidee regelmäßig erotischen Charakter; selten ist sie eine einfache Sublimierung sexueller Liebe in religiöse Gedanken; viel häufiger findet eine Kondensierung der vageren religiösen Ideen in bestimmte Formen statt: der Herrgott oder Heiland, mit dem die Patientin verbunden oder identisch ist, trägt deutliche Züge eines bestimmten Mannes, der in ihrem Leben eine Rolle gespielt hat[1]). Bei Männern trägt die religiöse Idee meist die Zeichen des Wunschkomplexes der geistigen Kraft, doch wird die Himmelskönigin oder eine Engelschar auch etwa als Geliebte respektive als Harem gedacht.

Gelegentlich spielt die Vorsehung nur die Rolle des Helfers in der Not: die verstorbene Mutter der Patientin wird ihr diese Nacht durch eine himmlische Fügung aus der Anstalt helfen. Oder die religiösen Ideen haben mehr kosmischen Charakter, sogar bei Frauen: eine ungebildete Nähterin „ist mit einem Komet der Prophezeiung in Verbindung. In der Luft sind Triebkräfte, gesunde und ungesunde; der

[1]) Das kennt auch die Dichtung schon längst. So wird in Gottfried Kellers Ursula der heilige Gabriel zum Geliebten und zugleich zum Sohn der Ursula; der angebetete Lehrer in Hanneles Himmelfahrt (G. Hauptmann) wird zum Heiland.

idealisch gesinnte Mensch wird mehr von den gesunden Kräften beeinflußt, er wird nach dem Tod eine geistige und schwebende Kraft, der unreine eine physische Kraft".

Verschiedene Komplexe zusammen werden befriedigt, wenn dem Patienten „vier Sachen geschenkt sind: Gott, Geist, Teufel und Beschwörung, das ist mehr als irgend ein Mensch erhalten hat". Oder „alle Mörder der Welt warten auf mich; sie können nicht sterben, ohne mich (Patient hat vergebliche Selbstmordversuche gemacht); ich habe mehr Verstand als irgend ein Mensch; alle Könige bringen mir Gaben und können mir nichts tun (Patient ist in Untersuchungshaft); ich bin nicht geboren, sondern von jeher da gewesen". Ein Kranker heißt: „Solog Karl Napoleon I., weil er von der Sozial-Ologie begleitet ist. Als solcher ist er auch unfehlbar und seine Wünsche werden prompt vollzogen. Entlassen wir ihn nicht, so wird alles, was man Unglück nennen kann, sich gleich einem funktionierenden feuerspeienden Venusberg über die Anstalt ergießen." Die geträumte Größe ist häufig objektiv gar nicht so erhaben, wie sie den Kranken erscheint, oder sie äußert sich so sonderbar, daß sie nur den Eindruck des Lächerlichen macht. Ein Hebephrene ist „Deus", kann zwei Tage lang von Wasser und Brot und am dritten von gar nichts leben. Einem Propheten ist ein glänzender Stern erschienen, der ihn dreimal vom Bett zum Abtritt und zurück begleitete; daneben hat er die Kraft, anderen die Sünden zu vergeben. Ein Professor der Mathematik muß Brücken bauen mit der Kraft Gott, 2 Gott, 3 Gott usw. Ein Schizophrene rettet eine Dame von Krankheit, indem er onaniert und dabei an sie denkt usw.

Gewöhnlich ist der Größenwahn gemischt mit Verfolgungsideen. Oft drückt sich das schon darin aus, daß zwei Parteien sich um den Patienten kümmern, von denen die eine für, die andere gegen ihn ist.

Häufiger steht der große Mann für sich allein, während eine interessierte Bande ihn durch alle möglichen Mittel hindert, zu dem ihm gebührenden Ruhm zu kommen.

Seine Erfindungen werden dem Kranken im Schlaf aus dem Kopf gestohlen; ein Sanitätssoldat hat ihm, als er ihn anfaßte, eine Erfindung aus dem Leibe genommen; man schickt oder ärgert ihn fort, um ihn an der Ausführung seiner Ideen zu hindern. Der Kranke ist so wichtig, daß man den Urquell des Lebens auslöscht, wenn man ihn in der Anstalt behält; man vernichtet die Glanzorganismen, die er in den Augen hat.

Die erotischen Aspirationen äußern sich in unzähligen Wahnideen, geliebt — oder geschändet zu werden. Der erotische Wahn besteht meist aus einer Mischung von Größen- und Verfolgungsideen. Wenn schizophrene Frauen Wahnideen bilden, so fehlt kaum je das sexuelle Moment, gewöhnlich ist es im Vordergrund, manchmal allerdings verändert, versteckt unter scheinbar religiösem oder hypochondrischem Wahninhalt. Meist handelt es sich bei Frauen zugleich um Hineinheiraten in einen höheren Stand, nicht nur um die Liebe an sich. Bei Männern stehen häufig andere Strebungen im Vordergrund; doch stößt man auch da in der Regel auf erotische Elemente, wenn man die Wahngebilde des Kranken analysieren kann.

Eine Arbeiterin möchte ihren Herrn heiraten; dieser sei in sie verliebt, wird aber von S. (dem Wohnort seiner wirklichen Braut) aus so „gedrückt", daß er sich ihr nicht nähern kann. Der Kranke meint, jede Dame, die ihm eben gefällt, sei in ihn verliebt; er besucht bestimmte Vergnügungsorte in der unbegründeten Meinung,

die Angebetete dort zu finden. Frauen gebären jede Nacht 150 Kinder. Eine sterile Frau ist vom Arzt und Schutzmann im Unterleib untersucht worden; beide haben ihre „Talente" bewundert. Ein verliebtes Fräulein hat ganze Nächte lang die Welt halten müssen, und das war furchtbar anstrengend: so lange es keusche Frauen gibt, kann die Welt nicht untergehen.

Der liebende Schizophrene glaubt ein Mädchen in sich verliebt, mit dem er seit der Schulzeit nie mehr zusammengekommen, oder das er überhaupt nur einmal von weitem gesehen hat; er besteigt den Wagen einer Prinzessin, um sie zu küssen, erwartet bei aller Besonnenheit die Königin von Holland in seinem Anstaltsbett, das er für diesen Anlaß mit Blumen schmückt.

Sehr häufig wird der Geliebte selbst zum Verfolger. Namentlich Frauen werden von dem oder denen geschändet, in die sie mehr oder weniger verliebt sind; die Patientinnen, die die Anstaltsärzte aller Arten unsittlicher Attentate auf sie beschuldigen, zeigten oder zeigen regelmäßig auch positiven Erotismus gegen die gleichen Ärzte. In einem Falle habe ich auch gesehen, daß umgekehrt der zunächst als Feind betrachtete Anstaltsarzt zum Geliebten wurde.

Eine andere Form negativen Ausdruckes des erotischen Wahnes ist der Eifersuchtswahn, der immerhin bei nicht alkoholisch komplizierter Schizophrenie nicht zu häufig ist und auch noch andere Wurzeln haben kann.

In schweren chronischen Fällen und in vorübergehenden Dämmerzuständen sind die sexuellen Wünsche der Kranken mehr oder weniger restlos erfüllt. Sie sind mit ihrem Geliebten vereinigt, haben so und so viele Kinder von ihm usw.

Von den Formen des Kleinheitswahnes gehört der Verarmungs- und Versündigungswahn meist einer interkurrenten melancholischen Depression an, insofern er während derselben gebildet, manchmal aber später noch festgehalten wird. Er hat dann den gleichen Inhalt wie bei anderen Melancholien; nur gibt ihm die Schizophrenie oft die ihr eigene Färbung des Widerspruchsvollen, Unausgebauten und Unsinnigen.

Die Kranken haben gestohlen, gemordet, durch Nachlässigkeit den Tod eines Angehörigen verschuldet, sich gegen den Heiligen Geist versündigt. Gott ist von dem Kranken gewichen zum Bauch hinaus; ein republikanischer Schweizer hat „das fürchterliche Verbrechen der Majestätsbeleidigung" begangen.

Gelegentlich kommt es zu falschen Selbstanklagen, deren Grundlagen ebensowohl Gedächtnistäuschungen wie Wahnideen genannt werden können.

Ein Hebephrene sah ein epileptisches Mädchen hinstürzen; er zeigte sich an, er habe es notzüchtigen wollen, und im Kampfe sei es umgefallen. Ein anderer erkrankte zu der Zeit, da es in seinem Dorfe mehrmals brannte, fürchtete noch mehr Brände, bekam dann die Idee, er müsse selbst anzünden, und schließlich zeigte er sich an, ein Haus (das ganz unversehrt war) angezündet zu haben.

Viel wichtiger sind die hypochondrischen Ideen. Sie beherrschen in vielen, namentlich leichteren Fällen das Krankheitsbild vollständig.

Eine Kranke ist viele Jahre lang bettlägerig, hat schauderhafte Beschwerden, die meist von außen verursacht werden. Sie bekommt Rezidive, weil sie statt 15 Minuten 20 Minuten außer Bett blieb, weil man beim Abladen von Kartoffeln so schauderhaft polterte. Ein bißchen Jodkalisalbe ruft ein Heer von lange andauernden Beschwerden hervor; sie hat „Blutkrampf". — Andere fühlen sich schwach,

der Geist entweicht, sie werden am Abend nicht mehr da sein; sie haben ein Gewächs im Kopf; ein flüssiges Knochensystem; das Herz ist von Stein (aus der symbolischen Bedeutung zur wörtlichen geworden); sie können nicht ertrinken, denn es lebt nichts als der Kopf; seine Frau darf nichts von Eiern kochen, sonst wachsen dem Patienten Federn. Es wachsen ihm auf dem Rücken Haare; er hat keine Nase mehr, ist ein Gummiball. Die Genitalien fehlen ihm, sind verbrannt, das Rückenmark läuft ihm als Sperma aus.

Natürlich wird auch die eigene Person im Sinne der wahnbildenden Komplexe verändert.

Ein Hebephrene H. ist „Sohn des Finanzmannes G., d. h. Napoleons"; warum er vorläufig H. heißt, ist ihm rätselhaft. Der Katatoniker K. heißt nicht mehr K., sondern v. M., weil er die Tochter des v. M. heiraten will. Oft glauben sich die Kranken tot; einer ist dreimal gestorben, was ihn nicht abhält, seinen bevorstehenden Tod zu prophezeien und zugleich Selbstmordversuche zu machen. Der gestorbene und der lebende, der ursprüngliche und der wahnhafte Mensch können nebeneinander existieren; der „Patient ist gestorben und doch lebend"; „er ist in zwei Welten"; „er ist in einer Badewanne eingefroren und doch hier". Ein Fräulein (die im Wahn einen Pfarrer geheiratet hat) „ist verstellbar, bald Jungfrau, bald Frau"; sie findet das merkwürdig.

Eine besondere Art Verdoppelung ist der so häufige Besessenheitswahn. Bei uns kommt er allerdings selten mehr im alten religiösen Sinne vor. Statt des Teufels kann auch Gott der befehlende Geist sein, oder „Gott hat dem Kranken einen Geist an den Kopf geworfen; er (der Kranke) hat einen besessenen Geist".

Dann- und wannmal wird das Geschlecht wahnhaft verändert. Der männliche Kranke fühlt sich dauernd oder zeitweise als Frau oder umgekehrt.

Verwandlung in Tiere kommt auch heute noch vor, wird aber nicht häufig in Zuständen voller Besonnenheit festgehalten.

Ein Katatoniker fühlte sich als Frosch mit kalter Haut; von zwei deprimierten Katatonischen war die eine während längerer Zeit ein Hund, so daß sie oft bellte; die andere erklärte sich als Haifisch. In den letzteren zwei Fällen ist die Bedeutung des Wahnes durchsichtig (symbolische Herabsetzung der Persönlichkeit).

Auch als leblose Gegenstände denken sich die Kranken. Der Patient ist eine Schachtel; er war als Zeichnung in einem Buch, ist nun davon weg und in die Anstalt gekommen. Er ist eine Maschine.

Andere Personen werden verändert. Blödere Kranke finden in den Anstalten oft eine Menge früherer Bekannter, Schulkameraden, die ihnen unserem Wissen nach gleichgültig sind, teils Leute, die in den übrigen Wahnideen eine Rolle spielen.

Der Arzt ist der Geliebte so und so; ein Nebenpatient König Wilhelm; eine Patientin wird zärtlich als Tochter umarmt. Oft, namentlich bei mehr gleichgültiger Personenverkennung, wird der Wahn durch geringere oder größere Ähnlichkeiten ausgelöst. Manchmal fehlen solche Anhaltspunkte vollständig. Oft kommt die ganze Umgebung den Kranken als verwandelt, „verstellt" vor. Auch in ihren Attributen und ihrer Lebensstellung werden andere Personen verändert: die Schwester der Patientin ist Braut; der Arzt ist von seiner Frau geschieden und die Wärterin ein „madamierter" Mann. Die verstorbene Mutter des Patienten lebt als Stier in seinem Stalle fort.

Ganz abgesehen von dem Umstand, daß die Kranken bei Personenverwechslungen je nach dem Zusammenhang die richtige oder die Wahnperson vor sich zu haben glauben, ist es oft gar nicht im Sinne des Gesunden zu verstehen, wenn der Kranke sagt, der Arzt ist der Graf N. Eine Patientin will mich prügeln, weil ich der Bekannte R. sei. Da ich protestiere, sagt sie: „Kommen Sie doch nicht als R., sondern wenigstens als der O. oder der P.". („Nein, ich komme am liebsten als der M."). „Der können sie nicht sein, der ist ein Engel, ein Gott . . .". Eine Patientin ist sehr unhöflich mit einer Besucherin, sagt aber, sie fluche zwar über sie, sie meine aber gar nicht ihre Person, sie solle es ihr ja nicht anrechnen.

Viele andere Wahnideen lassen sich nicht recht in den üblichen Kategorien unterbringen. Immerhin mag es mit Verfolgungswahn zusammenhängen, wenn ein Kranker „bei einem Verein ist, wo die Menschen lebendig zerschnitten werden". Wenn ein anderer Paranoider Holz sägt, so sägt er die Ehen und die Ehebetten entzwei. Eine andere Kranke prophezeit ohne weiteren Zusammenhang „Feuer und Wasseranschwellungen". Als Verfolgungen betrachten es die Kranken auch, wenn es jedesmal zu regnen beginnt, da sie vom Wetter sprechen, wenn bei bestimmten ihrer Handlungen jedesmal ein Hund heult, wenn alle anderen auch schreiben, wenn sie anfangen zu schreiben. Das letztere Vorkommnis wurde „unterirdischen Beziehungen" zugeschrieben.

Größenideen schauen aus den folgenden Notizen: „Aus alten Möbeln kann man wieder Bäume machen durch Behandlung der Asche mit dem elektrischen Strom." Patient „schläft konzentrierter", in einer Nacht 30 Jahre, ist an zwei Orten zugleich, an seinem früheren Kurort und in seiner Wohnung. In der Anstalt ist ein Wärter die verwandelte Wärterin des früheren Aufenthaltes. Der Patient wird „ein Loch in den Boden graben, dann auf dem Spaten das Loch hinuntersausen und auf der andern Seite der Erde herausfahren". Eine dämmerige Katatonika will nicht schlucken, weil sie jedesmal die ganze Welt hinunterschluckt. Ein Paranoider notiert aus den Zeitungen alle fremdsprachigen Zitate, um sie, „nach der Geisteskraft" zu „zerlegen" und zu deuten. Eine religiös angelegte Hebephrene „zieht beim Nähen den Heiligen Geist mit der Nadel heraus; sie trinkt mit dem Wasser den Teufel der anderen Kranken mit ein; beim Bohnenhacken zerschlägt sie das Vaterunser". Ein Paranoider hält Kartoffelessen für böse; die Amseln sind böse Tiere (im religiösen Sinne); er meint, er spreche viele fremde Sprachen perfekt, kann aber nur von zweien einige Brocken.

Die Schaffung einer zweiten Welt drückt sich in dem Wahne eines Russen aus, für den man extra ein ganz gleiches „russisches Burghölzli" errichtet hat. Etwas Ähnliches ist es, wenn das Burghölzli versenkbar ist und sich bald über, bald unter der Erde befindet.

Ein Patient, der soeben onaniert hat, will dem Arzt die Hand nicht geben, weil das auf der Frauenseite Nachkommenschaft erzeugen könnte; ein anderer muß seine Familie am Denken hindern; einem dritten hat ein Arzt die Eingeweide durch den Mund herausgenommen und daraus einen andern Menschen gemacht; ein vierter findet es traurig, daß im Pissoir so viel Wasser fortlaufe.

Charakter der Wahnideen.

Die Wahnideen des Schizophrenen brauchen keine logische Einheit zu repräsentieren; nicht zusammengehörige oder gar einander widersprechende Ideen können gleichzeitig bestehen oder in kurzen Zeiträumen nacheinander

auftreten. Auch zusammengehörende Wahnideen werden nicht leicht in ein logisch durchdachtes System geordnet; sogar da, wo sie einen gemeinsamen Gedanken wie den der Verfolgung durch eine Geheimgesellschaft enthalten, hängen die Details meist nicht in logischem Aufbau zusammen; sie bilden einen ungeordneten Haufen von Wahnideen, ein „Wahnchaos", wie Schuele sich ausdrückt. Ausnahmen gibt es bei seltenen Paranoiden, deren Intelligenz verhältnismäßig gut erhalten ist; ferner darf nicht vergessen werden, daß jeder Wahn seine logischen Fehler besitzt, und daß die Ansprüche der Beobachter in dieser Richtung sehr verschieden sind, so daß manche da schon vollendete Systematisierung annehmen, wo andere gar nichts davon sehen. Nach unserer Auffassung sollte man von einem logischen System nur da sprechen, wo alles von einzelnen falschen Prämissen aus sich in logischem Aufbau weiter entwickelt[1]). In diesem Sinne systematisiert sind die schizophrenen Wahnideen fast nie. Sie leiden vielmehr meist an Widersprüchen und Unmöglichkeiten. Ein Hebephrene hielt sich längere Zeit für tot und begraben; ein Neger hatte ihm den Kopf abgehauen; er hatte sich selbst da stehen gesehen, den Kopf zwischen den Füßen. — Die Wärterin einer Kranken ist gleichzeitig ihr (der Patientin) Bruder, ihre Schwester und noch eine dritte Person.

Auch der Widerspruch mit der Wirklichkeit wird meist gar nicht gefühlt.

Ein arbeitsfähiger Hebephrene ist sehr unzufrieden mit uns, weil wir ihm die vielen Sendungen, die für ihn ankommen, nicht abgeben; sie kommen zwar unter anderen Namen, sind aber doch für ihn bestimmt. Ein Hebephrene hält sich für S., den Inhaber einer großen Fabrik, nur fehlt ihm noch der Nävus (den der wirkliche Besitzer im Gesicht hat), er wird denselben „im Bild" machen, dann ist er S.

Nicht nur in verschiedenen Bewußtseinszuständen nacheinander, sondern bei voller Besonnenheit nebeneinander existieren Wahn und Wirklichkeit auch da, wo sie sich ausschließen sollten.

Ein Herr schaut die Patientin an, „da weiß ich, daß es der Lehrer ist, obwohl er es eigentlich nicht ist". Das Bett einer Katatonischen ist ein Eisbär, „ich bin darauf gelegen, dann war es wie ein Bett, aber es war doch ein Eisbär". Eine Hebephrene schreibt: „Die Gebilde sind keine anderen als die obgenannten Persönlichkeiten (Ärzte usw.), und die müssen aufhören, wie sie entstanden sind"; hier können die „Gebilde" aufhören, nicht aber die mit ihnen identifizierten Persönlichkeiten. „Ein oder zwei" imaginäre Gummipuppen (die aus einem Inkubus entstanden sind) werden mit dem Geliebten identifiziert, der die Patientin vollständig beherrscht.

Viele der Ideen sind ganz unbestimmt, nebelhaft:

Dem Schizophrenen kann es gleichgültig sein, ob er Papst ist oder Kaiser; eine Forderung von 100.000 Franken oder eine von 10 Franken können ihm identisch sein. Der Vergiftete hat bemerkt, daß man ein braunes Pulver in die Suppe tat; bei der Diskussion meint er aber, es könne auch eine Flüssigkeit gewesen sein. „Der Koch hat es ins Essen getan", („wir haben keinen Koch"), „die Köchin", („die weiß nichts von Ihnen"), „man tut es auf der Abteilung hinein, für jeden sein Bestimmtes". Hinter dem bestimmten Ausdruck „des braunen Pulvers" steckt eine sehr vage Idee. — Ein Paranoider: „Ich habe etwas in mir wie einen Doppelkopf;

---

[1]) Unrichtige Voraussetzungen allerdings werden auch hier meist immer wieder geschaffen; so können pathologische Eigenbeziehungen während Jahrzehnten der Weiterentwicklung eines Wahnsystems Vorschub leisten.

es ist inwendig, wie wenn ich Christus wäre „oder“ die Jünger am Ölberg; 26 Jünger am Ölberg sind in meinem Arm. Es ist eine Kachel in meinem Kopf von Kaiser Wilhelm aus.“ — Ein Hebephrene geht zur Bahn, um „jemanden“ abzuholen. Ein anderer bestellt „12 dicke juristische Bücher“.

Oft werden in ganz unklarer Anordnung verschiedene Ideen vereinigt:

„Frankreich hat doch recht: In Frankreich hat man mir plötzlich gesagt, es gebe keine Dreieinigkeit, 4 Mann haben Gott gemacht. Das habe ich jetzt als richtig erkannt, drum will ich am 24. April entlassen werden.“

Die Ideen können ganz unausgedacht bleiben.

Ein Hebephrene, der noch jahrelang fähig war, einer Apotheke vorzustehen, meinte, einen Kinematographen erfunden zu haben. Er wußte aber von dieser Erfindung nur, „daß die betreffenden Bewegungsmomente im rechten Winkel arrangiert sind“. — Man hat einer Kranken weiße Läuse ins Bett geworfen, man hat ihr eine große schwarze Laus ins Bett geworfen. Sie kann das letztere Tier nicht beschreiben, subsumiert es aber unter die weißen Läuse.

Oft erscheint die Wahnidee unsinnig, ohne es zu sein, indem die Kranken sie mit unpassenden, symbolischen oder sonst verschrobenen Ausdrücken bezeichnen. Wenn eine Patientin sagt, sie sei „die Kraniche des Ibykus“, so meint sie das nicht immer wörtlich im Sinne der Gesunden, sondern der Hauptbestandteil der Idee ist der, daß sie „frei von Schuld und Fehle“ ist, und daß sie „frei“, d. h. nicht eingeschlossen sein sollte.

Persönlichkeit und Wahnidee.

Die Spaltung der Persönlichkeit kommt nirgends so auffällig zum Ausdruck, wie in der Stellung der Wahnideen zu der übrigen Psyche. Teile des Gesamtkomplexes, den wir das Ich nennen, stehen regelmäßig der Wahnidee fremd gegenüber. Auf der einen Seite wird dadurch möglich gemacht, daß der nicht infizierte Teil des Ich nicht an die Wahnidee glaubt oder gar sie kritisiert; auf der andern kommt gerade die Unkorrigierbarkeit und die Unsinnigkeit des Wahnes davon her, daß viele ihm widersprechende Assoziationen einfach nicht in logische Verbindung mit ihm gebracht werden.

So können die Patienten unter Umständen über Ideen, an die sie in anderem Zusammenhang fest glauben, lachen und witzeln. Meist handelt es sich da um Größenideen; doch habe ich auch schon helles Lachen über den eigenen Verfolgungswahn gesehen, ohne daß er korrigiert wäre. Auch wird manchmal die Idee, kaum geäußert, wieder abgeschwächt („es war nicht so schlimm“).

Ein Hebephrene spottet darüber, daß er als Gott zwischen zwei Ärzten gehe und sich nicht aus der Anstalt zu helfen wisse; in einer andern Anstalt habe er nach dem Tee das Wetter gemacht, hier nach dem Kaffee scheine es nicht zu geschehen. Ein „König der ganzen Welt“ frägt selbst, ob das nicht „märchenhaft klinge“.

So kann es auch zu Zwischenstufen zwischen Wahn und bewußtem Phantasieren kommen. Das ist namentlich häufig in akuten Zuständen. Die beste Schilderung davon gibt Forels Patientin L. S.: „Angrenzend an die eigentliche Wahnidee und doch bestimmt davon zu unterscheiden mochte im ganzen Verlauf jener Zustand sein, wo ich, halb von einer Inspiration getrieben, halb wissend und wollend, mir eine Rolle schuf, die ich spielend und deklamierend durch-

führte, in die ich mich einlebte, und der gemäß ich handelte, ohne mich geradezu für identisch mit den dargestellten Personen zu halten. Es gab da freilich viele Abstufungen von der Grenze der Wahnidee, vielleicht der Wahnidee selbst bis zur einfach gehobenen oder erregten Stimmung, bei — wie mir wenigstens schien — völliger Klarheit über mich und meine Umgebung.“

Die Ansätze zur Kritik sind aber meist ganz wertlos. Oft kommen die Kranken auch dann nicht aus dem Bann heraus, wenn sie das Bedürfnis haben, sich darüber zu stellen.

Ein Katatoniker zeigt dem Gericht an, daß seine Krankheit als Paranoia und die Erscheinungen als Halluzinationen taxiert werden: „Sei dem wie es wolle, es liegt gewiß genügend Grund vor, gegen dieses Pack strafrechtlich vorzugehen.“ Einer Hebephrenen, die einen Riß in einem Gemälde auf sich gedeutet hat, wird bemerkt, der brauche doch nichts zu bedeuten: „Natürlich braucht's nichts zu bedeuten, aber dann möchte ich wissen, warum man es mir denn gemacht hat“.

Nicht selten werden die Wahnideen von der Persönlichkeit in dem Sinne abgespalten, daß sie dem Patienten nicht als Resultat eigener Denktätigkeit, sondern als Produkt einer fremden Psyche erscheinen; sie werden ihm „eingegeben“, „gemacht“, aber er glaubt sie doch.

Am auffälligsten aber macht sich die assoziative Isolierung der Wahnideen geltend in ihrem Verhältnis zur Affektivität. Der Inhalt kann im Widerspruch sein mit der aktuellen Stimmung des Patienten. Er kann beim gleichen Individuum zu gleicher Zeit oder in aufeinander folgenden Zeiten positiven oder negativen Affekten entsprechen. Oft verbindet der Kranke ganz inadäquate oder gar keine Gefühle damit. Größenideen können mit verzweifelter Miene geäußert werden; Erzählungen über die scheußlichsten Verfolgungen werden alltäglich mit vollendeter Gleichgültigkeit, ja unter Lächeln vorgebracht. Oder der Affekt wechselt: Eine Krankenwärterin jammerte über ihre goldene Wirbelsäule. Nachher sang sie fröhlich: „Ich hatt' eine goldene Wirbelsäule...“

Da nicht die ganze Persönlichkeit an den Wahnideen teilzuhaben braucht, und da die Affekte und damit die Triebe ihnen nicht entsprechen müssen, ist die Reaktion auf die Wahnideen häufig ebenfalls eine inadäquate. Man kann geradezu sagen, daß diejenigen Handlungen, die einer gesunden Logik auf der Prämisse der Wahnideen entsprechen, die selteneren sind.

Allerdings schimpfen Verfolgte in unseren Anstalten herum, sie greifen tätlich oder mit gerichtlichen Klagen ihre vermeintlichen Peiniger an, sie suchen sich durch beständigen Wohnortswechsel oder komplizierte Vorkehrungen und allerlei Zauberei den feindlichen Einflüssen zu entziehen. Erotomanische machen gelegentlich auch einmal Schritte, sich dem geliebten Gegenstand zu nähern; eine Patientin geht zwei Jahre lang jeden Abend zum Theater, um ihren eingebildeten Bräutigam, der sie gar nicht kennt, zu sprechen. Graphomanische Schriftsteller schreiben, soviel sie können, und lassen auch oft drucken, soviel die Umstände ihnen gestatten. Aber im Verhältnis zu der Zahl und der Dauer der Wahnideen sind die Handlungen recht selten, die ihnen im Sinn einer gesunden Logik entsprechen würden.

Die Apathie, die Interesselosigkeit erstreckt sich nicht nur im „Endstadium“, sondern recht oft schon von Anfang an auf die Wahnideen. Einer

unserer Hebephrenen fühlte sich lange verfolgt; erst war er der Sache nicht ganz sicher, konnte also nicht handeln; nachher gab er auf die Sticheleien „nicht mehr so acht, weil er nun seiner Sache sonst schon sicher war“. Könige und Kaiser, Päpste und Erlöser beschäftigen sich zum großen Teil mit ganz banalen Arbeiten, wenn sie überhaupt noch die Energie haben, sich zu betätigen. Und das nicht nur in den Anstalten, sondern auch in voller Freiheit. Keiner unserer Generäle hat jemals den Versuch gemacht, seiner Einbildung gemäß zu handeln.

Manche Verfolgte kriegen nur dann und wann einen ganz unnützen Schimpfanfall, oder sie machen sonst einen dummen Streich und ziehen sich chronisch von anderen zurück, unterlassen aber jahrzehntelang jede zielbewußte Handlung, die nach der gewöhnlichen Erfahrung geeignet wäre, ihnen Ruhe zu verschaffen. Ihre Reaktion ist eine durchaus autistische, die nicht mit der Wirklichkeit rechnet.

Oft allerdings handeln sie in der Wahnrichtung, aber ohne jede Anpassung an die Wirklichkeit, die sie doch sonst noch in Betracht ziehen. Der Verfolgte haut einem beliebigen Vorübergehenden, den er gar nicht in seinen Wahn einbezogen hat, eine Ohrfeige; der Sünder verlangt allen Ernstes, daß man ihn umbringe, ohne auf die selbstverständliche Einrede zu achten, daß die Ärzte sich damit selbst ins Zuchthaus brächten. Ein frommer Paranoider wollte sich auf den glühenden Ofen setzen und daselbst Winde von sich geben, um den bösen Geist, der im Ofen sitze, zu vertreiben.

Die Spaltung der Psyche in verschiedene Seelen führt auch da zu den größten Inkonsequenzen. Eine noch sehr intelligente Verfolgte nimmt beim Austritt aus der Anstalt von ihrer Hauptverfolgerin, die ihr ans Leben wollte, rührenden Abschied mit echter Empfindung. Die Kranken geben uns ruhig die Briefe zur Beförderung, in denen sie uns der scheußlichsten Verbrechen und dabei auch der konstanten Unterschlagung der Briefe anklagen. Sie schimpfen mit uns, die wir sie vergiften, in den schärfsten Ausdrücken, um uns im nächsten Moment ein Übel zur Behandlung zu melden oder um eine Zigarre zu bitten.

Oft sind die infolge der Wahnideen ergriffenen Maßregeln so unlogisch wie der Wahn. Allerlei Zauber wird erfunden, wobei weder vor dem Unsinnigsten noch vor dem Ekelhaftesten Halt gemacht wird. Die bizarrsten Handlungen und Worte sollen als „Konjurations“ vor den feindlichen Einwirkungen schützen.

Manchmal versteht man den Zusammenhang der Reaktion mit dem Wahn einigermaßen, wenn sie auch durch die normale Vernunft nicht gerechtfertigt werden kann. Ein Fräulein war in einen Kaffeehändler verliebt; mit dem Wort „Kaffee“ neckte man sie deshalb (halluzinatorisch); nun trank sie keinen Kaffee mehr.

In manchen Fällen, namentlich bei akuten Aufregungen, finden wir gar keinen Zusammenhang von Wahn und Handlung mehr. Ein Katatoniker fängt plötzlich an zu schreien: „ich bin Gott, ich bin Gott“, und schlägt blind wütend um sich, will mit dem Kopf durch die Wand rennen.

Entstehung und Schicksale der Wahnideen.

Die Wiege vieler Wahnideen sind die akuten Zustände. In den melancholischen und manischen Verstimmungen entstehen auf den bekannten Wegen

Wahnideen, die dem Affekt entsprechen, weil dieser die ihm nicht gleichsinnigen Assoziationen hemmt und ihres Wertes beraubt. In den eigentlich schizophrenen Verwirrtheiten taucht ein anscheinend tolles Durcheinander von falschen Vorstellungen auf, an die die Kranken glauben. Beide Arten von Ideen können den Zustand ihrer Entstehung überdauern; ohne affektiven und intellektuellen Zusammenhang bestehen sie dann als „Residualwahn" (Neißer) in den „sekundären" Zuständen fort.

Die Genese des Wahnes der Verwirrtheit läßt sich nur durch eingehende Analyse aufdecken. In chronischen Zuständen können wir die Entstehung etwas besser verfolgen als in akuten, und finden da zunächst einige logische Formen, die übrigens manchmal auch in der Verwirrtheit nachzuweisen sind.

Manche Wahnideen entspringen aus schon bestehenden. Der verkannte Prinz kann seine Eltern logischerweise nur als Pflegeeltern ansehen. Bei Schizophrenen werden allerdings solche Konsequenzen gar nicht immer gezogen.

Andere Weiterbildungen sind verfehlte Erklärungsversuche von wahnhaften Verhältnissen, so der Wahn durchsichtig zu sein, weil alle Leute des Patienten Gedanken wissen.

Die tausend auffallenden Erlebnisse des Patienten geben natürlich viele Gelegenheit zu ähnlichem „Erklärungswahn"; doch spiegelt sich das mangelnde logische Bedürfnis der Kranken auch in der verhältnismäßigen Seltenheit so entstandener Ideen. So ist die „Transformation" des Verfolgungswahnes in Größenwahn gar nicht so häufig, wie man nach manchen Autoren meinen sollte. Ganz der Beschreibung entsprechende Fälle habe ich überhaupt nie gesehen (ebenso Kelp). Für den Gesunden erscheint es ja sehr plausibel oder gar notwendig, daß derjenige, den zu verfolgen man sich so unendliche Mühe gibt, solcher Anstrengungen auch wert sei; für die Schizophrenen ist dieser Schluß nicht notwendig. Der Größenwahn kann überhaupt ebensowohl primär sein wie der Verfolgungswahn; meist mischen sich von Anfang an beide Formen beim gleichen Patienten, und bloß das quantitative Verhältnis derselben zueinander ändert sich.

In den schwereren Krankheitszuständen haben die Wahnideen die Tendenz, sich zu verallgemeinern.

Ein Patient wird vergiftet; dann ist auch das Wasser des Sees, an dem er wohnt, vergiftet. Die Verlobung eines Protestanten zerschlug sich, weil die Braut katholisch war; nun wähnt er sich von dem Mädchen verfolgt, also auch von den katholischen Wärtern; dann von allen Wärtern überhaupt. Ein Arbeiter wird von einem entlassenen Nebenarbeiter als Spion angeknurrt; bald darauf meint er, seine ganze Umgebung halte ihn für einen Spion, dann alle Leute, auch seine Brüder. Eine Frau fühlt sich von einem Herrn verfolgt, dann von allen Herren, dann auch noch von den Frauen. Auch die Liebe kann auf immer mehr Personen übertragen werden: ein älteres Mädchen liebt einen Vorgesetzten, in der Anstalt dann auch den jeweiligen Abteilungsarzt, und sie ist sich so klar über das Unpersönliche ihrer Liebe, daß sie an einen solchen Geliebten schreibt: „Nun will ich Dir treu bleiben, bis ich den andern kenne."

Die Erweiterung geht manchmal unter Verwischung der Grenzen zwischen der Person des Patienten und anderer Personen, ja zwischen Personen und abstrakten Begriffen vor sich.

Der Hebephrene, der Stimmen von „Vogelsang" hörte, wußte, daß damit auf seine Onanie hingewiesen werde, er war selber der Vogelsang. Dann hört er das Wort auch sonst und „der Vogelsang" will ihn töten, ist überhaupt der Inbegriff seiner Verfolgungen. — Eine Katatonika hat blitzartige Gedanken, die ihr fremd erscheinen; später wird die Idee in Verbindung gebracht mit der Empfindung des Durchschautseins: Lichtblitze lesen in den Augen und stehlen die Gedanken.

In letzteren Fällen läßt sich die Erweiterung der Wahnidee als eine einfache Analogisierung oder eine Erweiterung des Begriffes auffassen; wer einen Katholiken fürchtet, fürchtet schließlich alle Katholiken und dann alle Menschen. Entsprechend den schizophrenen Assoziationsweisen können aber alle möglichen inneren und äußeren Erlebnisse sich der Wahnidee angegliedert haben, ohne daß sie weder logischen noch affektiven Zusammenhang mit ihr haben. Eine Patientin hört Stimmen durch „elektrische Drähte und Auerlicht", wobei das Auerlicht ursprünglich mit den Stimmen nichts zu tun hat, sondern eine naheliegende Assoziation an die elektrischen Drähte darstellt.

Ein frommer Patient fühlt sich verfolgt und erwartet Hilfe; es fällt ihm auf, daß eine Frau am Bahnhof hin und hergehe. Wahnidee: Die Frau ist vom Himmel gesandt, um ihn zu retten. — Eine Katatonika hat die Frau des Arztes vor ihrer Erkrankung gekannt und macht sich Sorgen wegen der Entlassung und der Verpflegungskosten. Wahnidee: Frau Dr. muß für sie bezahlen, und wenn sie Frau Dr. nicht gekannt hätte, müßte sie nicht in der Anstalt bleiben.

Manchmal begründet eine Analogie eine solche Verbindung:

Der Patient wird gebunden: er ist Christus. Er schimpft über die Polizei und fühlt sich als der letzte der Bourbons; ein Nebenpatient schimpft auch über die Polizei. Wahnidee: Der ist auch ein Bourbon.

Der Zusammenhang kann aber dem Gesunden ganz unverständlich sein:

Der Arzt berührt bei der Augenuntersuchung zufällig die Nase des Patienten, da steht dieser auf und erklärt feierlich, das sei „ein Zeiger von Gott gewesen, daß dieser ihn als Sohn ausgewählt habe". — Eine Hebephrene findet auf einer geschenkten Schokoladetafel Buchstaben, die auf sie gemünzt sind. „Sie weiß nicht, was für Buchstaben und was sie bedeuteten. Sie hätte das schon herausgebracht, aber sie war so geärgert, daß sie die Buchstaben sofort verstrich." — Beständig vorhanden ist eben die Wahndisposition, die Deutung der Erlebnisse; sie kann dann jedem zufälligen Vorkommnis angehängt werden. Dieser Auffassung tun auch Scheinzusammenhänge wie der folgende keinen Abbruch: „Vor meinem Fenster steht eine Lampe, eine gleiche wie zu Hause; es ist also wieder nicht alles in Ordnung."

Wenn solche logische Bildungen keinen rechten Zusammenhang mehr mit dem Ich und seinen Wünschen haben, so erscheinen sie mehr als Spielerei denn als Wahnidee und sind dann von ähnlichen Produkten der Manie kaum zu unterscheiden: der Arzt ist „der Herr Optiker", weil er eine Brille trägt; am Finger hat er den Ring der Nibelungen.

Solche Anklänge können aber ernst gemeint sein, und zwar auch da, wo sie die eigene Persönlichkeit betreffen. Eine unserer Hebephrenen identifizierte sich selbst mit allen möglichen Dingen („ich bin jener Hollunderstrauch; ich bin ein alter Regenschirm"), ohne daß man eine Symbolisierung oder Ähnliches hätte nachweisen können. Eine Paranoide hat den ungewohnt klingenden

Namen des Dorfes Jestetten, in dem sie sich nach dem Pfarrer erkundigte, um Hilfe zu bekommen, als „Hinstetten“ aufgefaßt und hält nun trotz hundertfacher Gegenbeweise jahrzehntelang daran fest, das Dorf heiße so.

Die letzteren Wahnideen haben an sich nichts mit dem Ich der Patientin zu tun; die falsche Auffassung des Namens ist nur deshalb zur Wahnidee geworden, weil sie zufällig mit einer Wahnidee verknüpft worden ist. Auf diese Weise entstehen die exzentrischen Wahnideen, die keine direkte Verknüpfung mit den Komplexen des Kranken besitzen.

Da man (z. B. Specht) das Vorkommen solcher Wahnideen geleugnet hat, mögen noch einige Beispiele angeführt werden. Ein Hebephrene beschäftigt sich mit Heraldik, in unserer Gegend natürlich mit alemannischer; während des japanischen Krieges bildet er die Idee, die vornehmen Japaner seien Alemannen, ohne sie irgendwie erkennbar mit seinen eigenen Komplexen in Beziehung zu bringen. Eine Patientin hat rumpeln gehört: der Prinz von Frankreich (der sonst bei ihr keine Rolle spielt) ist ermordet worden. Ein Hebephrene, der sich gar nicht mit den Buren in Beziehung bringt, behauptet eines Tages, Cronje sei ermordet worden. Ein Patient meint, irgend ein Nebenpatient sei bestohlen worden; ein anderer, sein Nachbar, habe eine bestimmte Summe auf der Bank (alles ohne auffindbare Eigenbeziehung). Man kann nun sagen, solche Ideen seien keine Wahnideen, sondern Irrtümer; dann gibt man eben beiden Begriffen ad hoc neue Grenzen.

Natürlich bilden sich eine Menge Wahnideen scheinbar wie Irrtümer, indem sie aus ungenügenden Prämissen Schlüsse ziehen: es spuckt jemand aus, während ein Paranoider vorübergeht; also wollte er ihm seine Verachtung bezeigen. Eine Patientin hat jeweilen beim Erwachen Kopfweh; folglich hatte man sie in der Nacht geschlagen. Zu dieser Form von Schlüssen gehören auch die zu weiten Analogieschlüsse.

Um aus solchen falschen Schlüssen Wahnideen entstehen zu lassen, ist natürlich das Hinzukommen affektiver Momente nötig. Wir finden sie deshalb am meisten in der Form, daß irgend eine Wahrnehmung aus ungenügenden logischen Gründen mit einem Komplex, der im Vordergrunde des Interesses steht, in Beziehung gesetzt wird. Der „Beziehungswahn“ („krankhafte Eigenbeziehung“) wird bei der Schizophrenie in seiner krassesten Form beobachtet: vor dem Patienten geht ein Kind; er fährt auf: „Ich bin nicht der Vater dieses Kindes.“ Die Leute sind alle seinetwegen auf der Straße: jede ihrer Bewegungen hat für ihn etwas zu bedeuten; die Annoncen in den Zeitungen beziehen sich auf ihn; das Gewitter hat man seinetwegen gemacht; die Goetheausgabe in der Anstalt ist voll von Anspielungen auf ihn, man hat sie seinetwegen gefälscht; ein noch ganz besonnener Naturforscher freut sich, daß die kleinen Krebschen ihm winken, wenn er sie im Mikroskop betrachtet. Ein Katatoniker wird beim Essen von seiner Schwester gefragt, ob er noch Brot wolle; in größter Wut will er sie erstechen, weil sie damit auf seine Stellenlosigkeit (Brotlosigkeit) gedeutet habe. In diesem Beispiel ist es ganz klar, daß nicht die Beziehung auf das Ich, die ganz selbstverständlich und unverfänglich ist, sondern die Beziehung auf den gefühlsbetonten Komplex das Ausschlaggebende war.

Neben dem Beziehungswahn scheint noch in den üblichen Beschreibungen der Wahngenese das Mißtrauen eine wichtige Brutstätte der Wahnideen. Es wird dann als ein noch unbestimmter Verfolgungswahn aufgefaßt[1]), der erst

später bestimmtere Gestalt annimmt. Eine unserer Patientinnen schreibt: „Überhaupt empfinde ich jede Freundlichkeit unangenehm; es steigt stets Mißtrauen in mir auf, und hege ich gegen alles und jedes Mißtrauen". Eine andere drückt sich noch drastischer aus: „Man kann dem eigenen Hemd nicht trauen." Auch die Unbehaglichkeit in allen Situationen, die so häufig vorhanden ist („die Wände im eigenen Haus wollten mich fressen"), kann mehr oder weniger Mißtrauen erregen. Megalomanen haben oft im Anfang nur große Hoffnungen und große Allüren ohne bestimmte Ideen. Trotz all dem möchte ich die Entwicklung des Wahnes aus unbestimmten „Gefühlen" nicht als Regel hinstellen. Unbestimmte Ideen und krankhafte intellektuelle Gefühle können auch im späteren Verlauf zu jeder Zeit auftreten (die obigen Beispiele von Mißtrauen stammen von älteren Kranken) und sind in Remissionen etwas ganz Gewöhnliches.

Umgekehrt können plötzlich scharf formuliert aufgetretene Vorstellungen die ersten wahrgenommenen Symptome der Krankheit sein. Auch entwickeln sich die Wahnideen oft vom Bestimmten ins Unbestimmte und Unklare: Eine Katatonika glaubte sich in der Pubertät verlobt mit einem Arzt; später ist sie die Tochter zweier anderer Ärzte, meint, sie habe Medizin studieren wollen; dann fühlt sie sich als Eigentümerin des Spitals und des Polytechnikums, hinter welchem Gedanken immer noch nachweislich die Idee steckt, daß sie einen Arzt heiraten möchte.

Regeln der schizophrenen Wahnentwicklung lassen sich überhaupt noch nicht angeben. Bestimmte Richtungen ergeben sich etwa in der Wunschentwicklung.

Ein von jeher geld- und ehrsüchtiger Mann will ein reiches Mädchen heiraten und damit die Familie glücklich machen; dazu muß er sich von der Frau scheiden, sein Kind muß er opfern (im eigentlichen Sinne), dann wird er Jesus, dann Gott; dann auch Besitzer der Habsburg und der Kyburg. Ein Gelehrter dirigierte im ersten Anfall Schlachten und machte große Erfindungen zu Ehren seiner Geliebten; einige Jahre später im zweiten Anfall sagte ihm sein Herz, daß die Geliebte nicht verheiratet sei (unrichtig). Ein Kommis hat große Aspirationen; eine Dame ist freundlich mit ihm; er will sie heiraten; man liest viel von der Königin von Holland: die will ihn auch heiraten; seine Frau, die sich nicht von ihm scheiden lassen will, hält er für untreu, sie will ihn vergiften, verleumden. — In dem letzten Beispiel sehen wir zugleich die Ausbildung der Verfolgungsidee aus dem Hindernis.

Bei Frauen ist es nichts Ungewöhnliches, daß sie erst den Wahn haben geliebt, dann verheiratet, dann gravid zu sein; viele haben sogar Kinder von ihrem Geliebten. Diese Entwicklung braucht in einem Dämmerzustand wenige Wochen, bei besonnenen Kranken oft Jahre. Ist der Angeschwärmte ein Geistlicher, so bildet sich der Wahn meist noch in religiöser Richtung aus.

Die Ausdrucksformen, in denen die Wahnideen zum Bewußtsein des Patienten kommen, sind sehr mannigfaltige. Oft erscheinen sie als logische Schlüsse, unterscheiden sich dann formell nicht von den Denkresultaten des Gesunden.

Gar nicht selten aber steigen sie auch bei ganz besonnenen Leuten „primordial" fix und fertig aus dem Unbewußten auf. Sie sind einfach da, ohne jede

---

[1]) Specht betrachtet es als Affekt.

bewußte Überlegung, und ohne daß der Kranke sagen könnte, wie sie in seine Psyche gekommen sind. Dabei können sie das subjektive Timbre des Neuen, sogar des Fremden besitzen, oder der Patient kann sie auch mit voller Selbstverständlichkeit angenommen haben, wie wenn er nie etwas anderes gedacht hätte. Vom einen bis zum andern dieser Extreme ist die ganze Skala der Zwischenstufen sehr häufig; namentlich unter den Paranoiden sind der Kranken, die „erst jetzt verstehen", viele.

Auch dieser Mechanismus braucht nicht immer scharf präzisierte Wahnideen zu liefern; der Wahn kann in der Form von „Ahnungen" u. dgl. auftauchen, die ihre unbestimmte Gestalt dauernd beibehalten können.

Die meisten Wahnideen kommen in Form von Sinnestäuschungen zum Bewußtsein. Dritte Personen sagen dem Patienten die Resultate unbewußter falscher Logik, an die er nachträglich auch noch Erklärungswahnideen knüpfen mag. Prinzipiell nicht verschieden ist es, wenn Gedächtnistäuschungen das Novum hereinbringen, seien es Illusionen oder Halluzinationen der Erinnerung.

Manchmal nimmt die ganze bewußte Persönlichkeit in einem mehr oder weniger veränderten Bewußtseinszustand an der Arbeit der Wahnbildung teil. Neben den gewöhnlichen delirösen Verwirrtheiten gibt es Zustände, in denen die Patienten besonnen erscheinen, aber „Träumungen" haben, wie sich einer unserer Patienten ausdrückte, Wachträume, denen sie insofern objektiv gegenüberstehen, als sie wissen, daß es sich um etwas Besonderes handelt, wenn sie auch den Inhalt des Geträumten mehr oder weniger glauben. Sie beklagen sich auch etwa über diese Zustände. Gar nicht selten aber geschieht die Entwicklung der Wahnideen in der Form des gewöhnlichen Traumes im Schlaf. Eine viele Jahre lang von uns beobachtete Patientin bildet ihre Wahnfabel nur im Traum aus; sie weiß das, glaubt aber doch daran.

Die gebildete, arbeits- und gesellschaftsfähige Patientin beklagt sich z. B. eines Morgens, ich hätte ihr, während sie schlief, ein Kind gemacht und es aus ihrem Arm herausgeschnitten. Sie wußte, daß sie das im Traume gesehen, hielt aber an der Idee fest. Ich suchte ihr begreiflich zu machen, daß ich nicht verantwortlich sei für das, was sie träume, ich sei doch nicht in Wirklichkeit bei ihr gewesen. Über die Antwort: „Aber warum kommen Sie denn im Traume?" kam ich aber mit meinen Überzeugungskünsten nicht hinaus. — Ein Lehrer in finanziellen Schwierigkeiten erwachte in einer Nacht ganz glücklich und erzählt, er habe geträumt, daß seine Besoldung erhöht worden sei; die Wahnidee hält an und bildet die Einleitung einer schweren Erkrankung. Eine Katatonika „hat Träume, und wenn sie wach wird, bleiben die Dinge so, wie sie sie geträumt hat". Viele erleben die gleichen Verfolgungen im Traum wie im Wachen; Paranoide deuten das gern so, daß man sie eingeschläfert habe, um an ihnen Experimente zu machen. Auch ist es nichts Seltenes, daß Traum- und Wachhalluzinationen nicht mehr auseinander gehalten werden können.

Letzteres zeigt sich auch etwa in der Traumanalyse, die hier nach den gleichen Regeln zu machen ist wie bei Gesunden. Eine unserer Paranoiden hatte längere Zeit ganz unverkleidete Wunschträume. Wenn ihr etwas Unangenehmes begegnet war (Zurückweisung ihrer erotischen Aspirationen usw.), so träumte sie in der folgenden Nacht das Gegenteil und hielt dann dieses als Wahnidee fest[1].

[1] Vgl. später: Beziehungen der Schizophrenie zum Traume.

Gelegentlich gehen die Träume auch in Dämmerzustände über. Eine Katatonische träumte zwei Nächte, Streit mit ihrem (in Wirklichkeit rohen) Manne zu haben; sie sprach laut, hatte starre, weit geöffnete Augen. Gleiche Anfälle kamen dann auch, wenn sie zu Bett ging, dann auch im Laufe des Tages.

Natürlich verändern sich die Wahnideen auch unter dem Einfluß verschiedener innerer und äußerer Umstände. Daß sie mit der Heftigkeit der Krankheit (womit nicht bloß der anatomisch-physiologische Krankheitsprozeß verstanden sein soll) schwanken, bedarf keiner besonderen Hervorhebung. Auch da, wo keine akuten Zufälle vorkommen, bildet sich der Wahn oft in Schüben aus.

Manchmal, aber nicht immer, wechseln die Wahnideen parallel zu (primären) Stimmungsschwankungen. Die im manischen Zustande geschaffene Königin ist im melancholischen die Fürstin der Hölle, die Königin der Nacht. Der im Angstzustand gesehene unendliche Tunnel durch die Erde wird in euphorischer Stimmung zu einer technischen Erfindung des Patienten. Doch sind solche Umbildungen nicht so häufig, wie man erwarten möchte. Meist treten andere Wahnideen in den Vordergrund, wenn die Stimmungslage wechselt: der verzweifelte Sünder wird nicht nur zum Propheten, sondern auch zum glücklichen Liebhaber, Erfinder usw.

Bei einem Wechsel der Umgebung werden Wahnideen, die sich an bestimmte Lokale und Menschen anknüpfen, oft für einige Zeit fallen gelassen, ja die neue Umgebung kann zunächst als beschützend statt als verfolgend gelten; manchmal werden die Wahnideen einfach übertragen, der neue Arzt ist der Verfolger oder Geliebte wie der frühere. In anderen Fällen, namentlich da, wo die Verfolger ganz imaginäre Leute sind, beeinflußt der Ortswechsel die Wahnideen kaum.

Die Dauerhaftigkeit der Wahnideen.

Als „pathologische Einfälle" können sie einige Sekunden dauern, als „fixe Ideen" ein ganzes Leben. In den chronisch verlaufenden Formen mit geringer Intelligenzstörung ist lange Dauer die Regel, während die in akuten Anfällen gebildeten Ideen oft zugleich mit der Erregung verblassen. Eine leicht Kranke, die sich bis nach dem Klimakterium draußen halten konnte, hatte im zwanzigsten Lebensjahre die Verheißung gehört, wenn sie noch 30 Jahre lang Jungfrau bleibe, so bekomme sie 20.000 Fr. Nach Ablauf der 30 Jahre ging sie auf eine Bank, um das Geld in Empfang zu nehmen.

Viele Wahnideen treten in der Weise in den Hintergrund, daß ihre Gefühlsbetonung schwindet, während sie in immer gleicher Weise wiederholt werden. Sie verlieren dann nach und nach den Einfluß auf das Handeln des Patienten. Ähnlich ist es, wenn die Patienten das Interesse an den Wahnideen verlieren. Der Vorgang ist oft der Anfang des so häufigen „Vergessens" derselben. Die Patienten korrigieren die Ideen nicht, aber sie denken nicht mehr an sie. Besondere Situationen aber können sie durch irgend eine passende Assoziation zum Bewußtsein bringen, das eine Mal so klar und vollständig wie sie je waren, das andere Mal undeutlich wie ein verschwommenes Erinnerungsbild des Gesunden. Manchmal bildet das Unklarwerden den Weg, auf dem die Ideen allmählich in Vergessenheit sinken.

Ob schizophrene Wahnideen überhaupt je vollständig korrigiert werden können wie ein Irrtum des Gesunden oder wie die Wahnideen bei manisch-depressivem Irresein, ist sehr fraglich. Ich habe noch keinen Schizophrenen gesehen, der nach der „Heilung" eine volle Objektivität den Wahnideen gegenüber gehabt hätte. Entweder gehen die Kranken leichtfertig, ohne rechte Assoziationen darüber hin, oder sie betonen sie noch mit Gefühlen, oder sie produzieren geradezu noch Gedanken, die nur verständlich sind unter der Voraussetzung, daß die Wahnideen für sie doch noch eine Realität besitzen, obgleich sie sie im Bewußten ablehnen. So Riklins Karl B. (612), der behauptete, seine eingebildete Braut habe keine Bedeutung mehr für ihn, es aber doch als „eine gemeine Bewegung" bezeichnete, daß sie ihm als gewöhnliche Magd erschien. Manchmal zeigt auch der Ton, in dem der Wahn als Unsinn erklärt wird, daß derselbe noch irgendwie lebt, z. B. wird die Korrektur gerne wie eine auswendig gelernte Lektion vorgebracht.

Einer unserer Kranken, der viele Jahre Herrgott gewesen war, hatte die Idee korrigiert, unterschrieb sich aber immer noch als R. B. Herrgott. Ein Akademiker hat eine ausgezeichnete wissenschaftliche Arbeit seiner Wahngeliebten gewidmet.

Ein Beweis für die Fortdauer scheinbar aufgegebener Wahnideen besteht auch darin, daß die in einem früheren Anfall gebildeten Ideen in der Regel in späteren Exazerbationen wieder aufgenommen werden, wie wenn nichts dazwischen gewesen wäre. Nicht gerade selten erweisen sie sich sogar gleich bei ihrem Wiederauftreten als weiter entwickelt, so daß es wahrscheinlich ist, daß sie im Unterbewußtsein nicht nur gelebt haben, sondern fortgewachsen sind.

Einen Beweis, daß niemals eine schizophrene Wahnidee ganz korrigiert werden könne, gibt es natürlich nicht; aber die obigen Erfahrungen machen es doch wahrscheinlich, daß jene immer in irgend einem Winkel der Psyche eine Art Existenz fortführen. Wir sehen ja auch beim Normalen, daß manche mit dem Verstand vollständig korrigierten aber früher gefühlsbetonten Ideen (religiöse, politische) nie ganz ihren Einfluß auf den Menschen verlieren und im Senium und ante mortem die Psyche sogar wieder ganz beherrschen können.

γ) Die akzessorischen Gedächtnisstörungen.

Außer der erwähnten Eigentümlichkeit vieler Schizophrenen, mehr Details zu registrieren als Normale unter gleichen Umständen, gibt es auch eine Hyperfunktion des Gedächtnisses in dem Sinne, daß in einem (akuten oder chronischen) Delir alte, oft bis in ganz frühe Kindheit zurückgehende Erinnerungen wie frisch auftauchen oder auch sich aufdrängen. Im letzteren Fall kann man geradezu von Zwangserinnern sprechen. Die oft mit allen Einzelheiten erzählten Reminiszenzen können anscheinend gleichgültig sein, haben aber oft einen deutlichen Zusammenhang mit einem Komplex und können dann im Sinne von Erinnerungsillusionen verändert werden. Sie können ebenso plötzlich, wie sie aufgetaucht sind, wieder verschwinden, aber auch dauernd von der Psyche Besitz nehmen. Statt in Gedanken äußern sich solche Erinnerungen auch etwa in Halluzinationen, indem der Kranke seine früheren Erlebnisse wieder sieht und hört, und zwar manchmal mit großer Genauigkeit. Ähnliches

sieht man auch von Anfall zu Anfall. Viele Jahre lang kann in der ruhigen Zeit der Inhalt des einmal überstandenen Delirs vergessen bleiben, um erst mit einem neuen Schub wieder aufzutauchen. Eine unserer Kranken hatte im ersten Anfall einem Prediger eine Bibel geschenkt; im zweiten, zwanzig Jahre später, schickte sie ihm eine Rechnung von 50 Fr. dafür.

Eine besondere Art von Gedächtniswirkung ist es, wenn ein Kranker durch irgend ein äußeres Ereignis so stark an eine frühere Situation erinnert wird, daß er diese wenigstens psychisch wieder hervorruft. Eine unserer Kranken hatte sich so geändert, daß wir sie statt wie früher als paranoid nun als katatonisch bezeichnen mußten. Bei einem Besuch ihres Arztes aus der paranoiden Zeit änderte sie aber für die Dauer des Gespräches ihr Benehmen wieder ganz in das frühere um.

In einzelnen Fällen drängen sich Erinnerungen aus der Kinderzeit mehr oder weniger zusammenhängend auf. Diese veranlassen dann die Kranken etwa, sich im Sinne dieser Reminiszenzen zu benehmen oder danach zu handeln. Eine solche infantilistische Patientin fing an, ihre Fäzes auf ein Papier abzusetzen und dann ins Klosett zu tragen, wie sie in ihrer Kindheit getan.

Viel wichtiger als die Hypermnesien sind die Erinnerungslücken. Akute Aufregungen (siehe diese) hinterlassen oft eine schlechte Erinnerung. Die häufigsten Gedächtnislücken entstehen aber durch die Sperrungen. Wie bei Gesunden, nur in unendlich stärkerem Maße, werden Erlebnisse, die mit den momentanen Wünschen im Widerspruch stehen, oder an die man sich aus einem andern Grunde nicht gern erinnert, abgesperrt, bald für immer, bald nur unter gewissen Konstellationen. Die Verallgemeinerungstendenz der Sperrungen läßt außerdem auch etwa Ereignisse ausfallen, die nur lose oder gar nicht erkennbar mit einem unangenehmen Gefühle zusammenhängen.

Im Abklingen von Aufregungen vergessen die Kranken namentlich gerne ihre eigenen Gewalttätigkeiten, oder diese erscheinen ihnen bloß als Folgen der Defensivmaßregeln, so daß ihnen die letzteren, so unschuldig und so notwendig sie waren, als grobe Mißhandlungen vorkommen müssen. Die abspaltende Kraft der Komplexe ist in bezug auf die Halluzinationen bereits erwähnt. Es können aber auch die ganzen halluzinatorischen Aufregungen mit einem Teil der äußeren Ereignisse auf diese Weise vergessen werden. Das kann den Kranken etwa bewußt werden: „Doch ich bin gleich wieder zufrieden und rege mich nicht mehr auf, denn nach einigen Minuten habe ich schon vergessen, was ich gesagt habe.“ Solche affektiv bedingte Erinnerungsstörungen können auch etwa die Form anterograder Amnesie annehmen.

Nach Erregungen und nach akuten Phasen der Krankheit treffen wir häufig eine intensiv und extensiv in weitesten Grenzen wechselnde Amnesie[1]). Manchmal empfinden die Kranken die Lücke und sind dann geneigt, sie einer Hypnose oder einer andern Beeinflussung zuzuschreiben. Oft auch erscheint ihnen die durchlebte Zeit viel kürzer; oder Dinge, die sie viele Male erlebt haben, wie die Visite des Arztes, glauben sie nur einmal gesehen zu haben. Wie der Normale seine Träume, so kann der Kranke oft seine Delirien spontan nicht reproduzieren; die Reminiszenzen kommen aber, wenn ihm etwas Ähnliches

---

1) Vgl. unten die Erinnerung an akute Anfälle.

begegnet, oder wenn man ihm ein Stichwort geben kann. Solche Amnesie ist aber nichts Fixes, sie kann sich verändern. Einer unserer Katatoniker, der aus einem Dämmerznstand erwacht war, konnte sich zeitweise an den ganzen Zustand erinnern, zu anderen Zeiten an gar nichts. Inkonsequenzen der Erinnerung sind nicht selten, so bei einer Katatonischen, die von einer Aufregung nichts mehr wissen wollte als die Injektion, die man ihr gemacht, aber von dieser sogar das Datum registriert hatte. Nach Zuständen doppelter Orientierung bleiben beide Reihen in der Erinnerung, wenn auch nicht immer beide zugleich zugänglich sind. Einer unserer schwersten Katatoniker verkannte seine Eltern als Dämonen und behandelte sie dementsprechend. Nach der Besserung aber wußte er genau, wann die Eltern gekommen waren, und was sie gesagt hatten.

Während der akuten Anfälle selbst ist das Gedächtnis nicht leicht zu prüfen. Wo keine eigentliche „Verwirrtheit" besteht, kann man sich allerdings oft überzeugen, daß es recht gut ist, obgleich Verfälschungen im Sinne der Wahnideen häufig die Erinnerung trüben. Eine deutliche, nicht komplexbedingte anterograde Amnesie während mehrerer Tage habe ich nur ein einziges Mal konstatiert bei einer Hebephrenen, die noch in leichtem Grade Alkoholikerin war. Sie kam in ziemlich starker Erregung her, war ganz leicht benommen und vergaß zum größten Teil die Erlebnisse der jeweilen vorhergehenden Tage. Eine längere Untersuchung von gestern aber verlegte sie auf vorgestern.

Ganz besonders häufig sind bei der Schizophrenie die Paramnesien. Gedächtnisillusionen bilden beim Paranoiden oft das Hauptmaterial zu den Wahnideen. Das ganze frühere Leben kann in der Erinnerung im Sinne des Komplexes umgestaltet werden.

Ein Besuch war so vornehm, daß er nur eine Abordnung vom Kaiser sein kann. Vergiftet hat man den Kranken, wie jetzt, schon in der frühesten Kindheit. Es begegnet uns alltäglich, daß ein Kranker uns vorwirft, wir hätten ihm vor kurzem die Entlassung versprochen, während wir das Gegenteil gesagt haben. Ein Kranker behauptete, die tote Mutter hätte ihm viele Dinge gesagt, die in Wirklichkeit der Pfarrer bei der Leichenrede gesagt hatte. Häufig werden auch Dinge verwechselt, die im Sinne der Komplexe gleichwertig sind. Eine Kranke jammerte, daß ihre Tochter unglücklich werde. Nachher war sie wochenlang untröstlich, daß sie bei mir ihre Tochter verleumdet habe (Komplexe der sexuellen Eifersucht auf die Tochter, die sich eben verlobt hatte). Eine andere ärgerte sich, daß sie guten Appetit hatte; einige Monate später war sie überzeugt, daß sie während jener Zeit nicht habe essen können. Eine Kranke von sonst ausgezeichnetem Gedächtnis deklamierte das Lied „Der Herr ist mein Hirte", meinte aber am folgenden Tag, sie hätte gesagt: „Auf der Alm da gibt's kei Sünd". Häufig sind transitive Erinnerungsillusionen und andere Fälschungen der persönlichen Beziehungen. Forels L. S. meinte, man hätte sie beständig von einem Bett ins andere spediert, während sie selbst in Wirklichkeit gegen den Willen der Umgebung das Bett gewechselt hatte. Die so häufigen falschen Klagen der Kranken, daß man sie, während sie ganz ruhig waren, aufgeregt und angegriffen habe, beruhen lange nicht alle auf Halluzinationen.

Manche finden alles gedruckt, was sie gedacht haben; sie haben die eben gelesene Geschichte selbst erfunden und schon längst dem Bruder erzählt, alle Erfindungen gemacht, bestimmte Bilder vor 600 Jahren gemalt. Diese Art Paramnesie[1]) ist bei Schizophrenie nicht selten und hat keine scharfe Grenze

[1]) A. Marie nennt diese Erscheinung das „déjà fait", und stellt sie dem „déjà voulu" und dem „déjà vu" gegenüber.

gegen die identifizierenden Erinnerungstäuschungen. Einer unserer Hebephrenen glaubte während langer Zeit, alles was geschah, genau ein Jahr vorher erlebt zu haben. „Genau dieser Besuch in diesen Kleidern war heute vor einem Jahr da und hat das Gleiche gesprochen.“ Ein anderer behauptete bei der Aufnahme, schon früher einmal da gewesen zu sein, nur wisse er nicht genau wie lange; dann plötzlich erinnerte er sich, zweimal da gewesen zu sein, 1893 einmal 10 Minuten, und 1895 habe er hier übernachtet; das sei aber nicht die Narrenanstalt, sondern die Marinekaserne. Er behauptete zugleich, den Arzt schon zu kennen, was zeigt, wie wenig verschieden viele Personenverkennungen von identifizierenden Erinnerungstäuschungen sind.

Wohl nur eine kleine Abänderung der identifizierenden Erinnerungstäuschungen bildet das häufige Vorkommnis, daß die aktuellen Erlebnisse als zu einem bestimmten Zeitpunkt prophezeit ins Bewußtsein des Patienten kommen. Alles, was begegnet, kann dem Patienten vorausgesagt erscheinen, sei es von einem andern, sei es auch von ihm selbst; letzteres ist wohl das Gewöhnlichere.

Eigentliche Erinnerungshalluzinationen sind sehr häufig.

Dem Kranken kommt plötzlich in den Sinn, er habe zu der und der Zeit das und das erlebt, und diese Idee hält er gewöhnlich fest, wie eine wirkliche Erinnerung, oder — solange nicht eine wesentliche Besserung eintritt — noch viel fester. Nur eine Kranke, die uns erzählt hatte, wie ihr kleiner Knabe aus dem Hause gelaufen und wieder gebracht worden war, behauptete nachher, der Knabe sei überfahren worden, und sagte dann auf Vorhalt, sie wisse nicht, ob sie meine, er sei tot oder er lebe. Der von Delbrück erwähnte Kranke mit Erinnerungshalluzinationen hat eine ganze Odyssee geschrieben über die Erlebnisse, die alle nur in der Erinnerung auftauchten. Man hatte ihn nackt in einem Käfig in den Wirtschaften der Stadt herumgeführt, ihn gezwungen, auf den Kirchturmspitzen Turnkunststücke zu machen, ihn von den Türmen heruntergeworfen; schließlich wurden diese Reisen über die ganze Erde und dann in den Weltraum ausgedehnt. Auch der Beziehungswahn kann sich in Gedächtnistäuschungen äußern: der Patient hat in Annoncen gelesen, daß er ins Burghölzli kommt. In den meisten Fällen hängt die Erinnerungstäuschung ganz wie die Halluzination und die Wahnidee mit einem affektbetonten Gedanken zusammen. So ist es einem Kranken, der mit seiner Frau nicht zufrieden ist, plötzlich eingefallen, er habe einmal zum Wärter gesagt, er wolle seine Frau vergiften und eine andere heiraten. Ein anderer Kranker hatte auf dem Feld ein junges Mädchen gesehen; er klagte sich dann bei einem Pfarrer an, er habe sie vergewaltigt, was nicht richtig war.

Unter Umständen fällt es den Kranken selbst auf, daß sie an das vermeintliche Erlebnis früher nicht gedacht haben. Sie suchen dann Erklärungen dafür: Man hat der Patientin einen Brief geschrieben, da und da liege eine Million für sie; dann hat man sie einschlafen lassen, so daß sie nachher nichts davon wußte, und als es ihr später wieder in den Sinn kam, war der Brief gestohlen.

Kraepelin meint, daß solche Gedächtnistäuschungen nur bei Bewußtseinstrübungen und bei allgemeiner Schwäche der Kritik vorkommen. Dies widerspricht meiner Erfahrung. Der Kranke mit den phantastischen Reisen war zu gleicher Zeit ein ganz guter Bureauarbeiter und ist nach etwa zehnjähriger Dauer seines schweren Zustandes, der ganz durch Gedächtnistäuschungen beherrscht war, wieder

fähig geworden, als Kommis komplizierte Arbeit zu verrichten, und zwar schon seit etwa acht Jahren.

Auch negative Erinnerungshalluzinationen sind nicht selten. Sie unterscheiden sich von den einfachen Absperrungen dadurch, daß den Kranken das Nichtgeschehen eines Ereignisses plötzlich zum Bewußtsein kommt. Der Patient fängt unvermittelt an zu schimpfen, weil er den Arzt heute nur einmal gesehen habe, obschon dieser zufällig siebenmal bei ihm gewesen war, oder weil man allen anderen Zigarren ausgeteilt hat, nur ihm nicht (während er in Wirklichkeit eben mit dem Rauchen der erhaltenen Zigarren fertig geworden ist).

Nicht beobachtet habe ich bis jetzt im Gegensatz zu der Ansicht einzelner Autoren die Konfabulation, wie sie bei Organischen vorkommt, d. h. Erinnerungshalluzinationen, die Gedächtnislücken ausfüllen, erst bei (meist von außen gegebener) Gelegenheit auftreten und sich gewöhnlich auch der Gelegenheit anpassen, ja in ihrem Inhalt leiten lassen. Der von Neisser (519 *a*) erwähnte Fall ließ sich zwar nicht zu Ende beobachten, doch handelt es sich da gewiß nicht um Konfabulation, sondern um eine gewöhnliche Gedächtnishalluzination.

Dagegen kommt Pseudologia phantastica im Sinne von hysteriformer Ausgestaltung von Wünschen etwa vor. Ist sie ganz ausgesprochen und von intaktem Bewußtseinszustand begleitet, so handelt es sich wohl immer um eine Komplikation.

δ) Die Person.

Das Ich kann die mannigfaltigsten Veränderungen erleiden. Verlust des Aktivitätsgefühls und namentlich Unfähigkeit, die Gedanken zu dirigieren, berauben es wesentlicher Komponenten. Der Assoziationsprozeß schlägt ungewohnte Bahnen ein. Alles kann anders erscheinen, die eigene Person wie die Außenwelt, und zwar meist in ganz unklarer Weise, so daß der Patient gar nicht mehr weiß, wie sich innen und außen zurechtfinden. Auch Parästhesien der Körperempfindungen können die autopsychische Orientierung erschweren. So kommt es, daß eine sehr intelligente Kranke Stunden angestrengter innerer Arbeit braucht „um für kurze Momente ihr eigenes Ich zu finden"; die Patienten „kommen sich selbst nicht nach", „haben das individuelle Selbst verloren". Ein Kranker mußte seinen eigenen Körper neben sich suchen. Da beliebige Teile des Ich abgespalten und ihm anderseits ganz fremde Vorstellungen angegliedert werden können, werden die Patienten „depersonalisiert", die Person „verliert ihre Grenzen in Raum und Zeit". Die Kranken können sich identisch fühlen mit irgend einer andern Person, ja mit Sachen; mit einem Stuhl, mit der Schweiz[1]); umgekehrt verlieren sie den Zusammenhang mit sich selbst; einzelne gefühlsbetonte Ideen respektive Triebe bekommen eine gewisse Selbständigkeit, so daß die Person in Stücke zerfällt. Diese Teile können nebeneinander bestehen und abwechselnd die Hauptperson, den bewußten Teil des Kranken einnehmen. Es kann aber

---

[1]) Solche Identifikationen sind beim gleichen Kranken bald im wörtlichen Sinne, bald symbolisch oder sonstwie uneigentlich gedacht.

auch der Kranke von einem gewissen Zeitpunkt an definitiv ein anderer sein.

So kann nicht nur der Patient sich dauernd als Kaiser fühlen, sondern er kann auch seine ganze Vergangenheit eingebüßt haben. Er weiß zwar gewöhnlich noch, was er früher erlebt hat, aber er schreibt es einer andern Person zu. Er selbst hat es nicht erlebt. Seine Vergangenheit ist eine ganz andere, gewöhnlich allerdings nicht klar rekonstruierte.

Ein Schweizer J. H. war im Pariserhaus E. beschäftigt, kam anno 77 in die Anstalt Charenton, wußte nicht mehr, wer er sei, unterschrieb einmal als Midhat Pascha. Er meinte, er sei 1870 in Charenton geboren, habe sieben Jahre lang nichts gegessen. Man habe ihn dort u. a. „von der Brust bis zu den Füßen und hinten am Rücken bis zu den Fußknöcheln abgezwickt, denn er war dreifach". Ein J. H. sei bei E. tätig gewesen, von diesem im Armenhause Mont Parnasse versorgt worden; man habe ihn auf ein Bett geworfen, daß er eine Kopfwunde bekam. Der Herr E. habe an J. H.s Bruder berichtet, der dann aus Versehen statt des wirklichen J. H. den Patienten abholte; so sei er unter dessen Namen in Rheinau. Dies die Auffassung des Patienten, die verschiedene seiner Erlebnisse an zwei Personen verteilt und zur Ergänzung der einen Person (seiner jetzigen) noch einiges hinzudichtet (so die Geburt in Charenton, den Namen Midhat Pascha). — Eine aus der Untersuchungshaft gekommene Frau Sch. ist nicht Frau Sch., die wirkliche Frau Sch. sei in ihrer Heimat und arbeite in den Reben.

Natürlich müssen solche Kranke von sich in einer der beiden Versionen oder auch von allen beiden Personen in der dritten Person reden. Hier ist diese Redeform nicht bloß eine ungewohnte oder ungeschickte Ausdrucksweise wie in der Idiotie oder bei Kindern, sondern sie ist der Ausdruck einer wirklichen Veränderung der Persönlichkeit. Aber auch ohne daß man Zweiteilung der Person nachweisen könnte, spricht mancher Patient von sich nur in dritter Person, gewöhnlich bezeichnet er sich mit einem seiner Namen. Ich weiß noch nicht, wie diese Fälle aufzufassen sind[1]). Eine unserer chronisch Katatonischen sprach von sich anhaltend in der zweiten Person.

Meist sind die vollständigen Veränderungen der Persönlichkeit mit schweren Graden sogenannter Demenz vergesellschaftet.

In leichteren Fällen sind die Kranken abwechselnd bald eine eingebildete Person, bald wieder die richtige; die eingebildete kann immer die nämliche sein oder ihrerseits wieder verschiedene Gestalten annehmen. Einzelne Kranke sind so konsequent und vollständig bald die eine, bald die andere Person, daß sie in der einen Rolle nicht an die andere denken; diejenige Person, die sie gerade repräsentieren, ist dann jedesmal die ihnen selbstverständlich zukommende. Andere Kranke werden sich des Wechsels bewußt. Eine Patientin ist „verstellbar, bald Jungfrau, bald Frau". Eine andere ist „der Baumann, ein Mann, und dann doch wieder ich". Meist aber werden die verschiedenen Einstellungen in unregelmäßiger Weise verquickt, gelegentlich sogar im gleichen Satz.

Auch durch die Wahnideen der Geschlechtstransformation wird die Persönlichkeit verändert.

Der Mangel an Realitätsgefühl kann sich auch auf die Person er-

---

1) Ich rechne natürlich die Fälle nicht dazu, wo es sich bloß um eine Redefigur handelt.

strecken. Eine Patientin „ist nicht sie selbst, sie ist nur gespiegelt". Eine andere findet es merkwürdig, daß sie oft nicht da sei und doch da sei.

Nicht selten fällt ein Stück der Persönlichkeit ab und wird mit einer andern verbunden (Transitivismus[1]). Was die Patienten halluzinieren oder tun, das halten sie für Erlebnisse anderer Leute.

Eine Kranke hat Löcher in den Händen und glaubt sich oft halbblind; nun behauptet sie, die Wärterin habe Löcher in den Händen und sei halbblind. Viele Kranke glauben ihre Angehörigen geisteskrank, oder noch häufiger wenigstens in der Anstalt eingesperrt; dieselben werden auch elektrisiert wie die Kranken. Ein Patient schlägt sich selbst oft zwanzigmal, in der Meinung, seine Feinde zu schlagen; ein anderer schreit, meint aber, sein Nachbar schreie. Die Patientin verwirrt sich, schimpft aber mit dem Arzt, er könne nicht einmal recht reden. Sie bekommt keine ihr passende Brille, fährt den Arzt an: „Was haben Sie für eine saudumme Brille auf". Häufig beschuldigen die Kranken die Wärterinnen oder ihre Umgebung dessen, was sie selbst getan. Eine Kranke malträtiert den Kopf einer Wärterin und schreit protestierend: „Oh mein Köpflein!" Eine andere sieht eine Wärterin und ruft: „Das ist das Gretchen mit der Stallaterne; ich bin das Gretchen mit der Stallaterne." — Ein wenig anders ist es, wenn die Kranken glauben, andere Leute nehmen ihren Namen an und gerieren sich überhaupt als sie selbst. Eine transitivistische Komponente hat auch die auf beliebige Fragen recht häufige Antwort: „Ich frage Sie nicht." Ein halber Transitivismus ist es, wenn ein Patient sich nicht darüber klar wird, ob die Leute und seine Halluzinationen auf ihn wirken oder er auf sie; es ist ihm übrigens gleichgültig, wie es sei; die Richtung des Handelns von ihm und zu ihm und damit die Personen fließen ineinander über.

Ein Hebephrene meint, wenn er irgend etwas tut, z. B. im Gesicht kratzt, das mache gar nicht er, sondern eine andere Person, und zwar immer eine, die er gerade vor sich sieht. Er fühlt sich dann aber während dieser Zeit als diese Person, wenn auch nicht ganz sicher.

Im letzten Beispiel wird nicht nur „transitiv" eine Handlung des Kranken auf eine andere Person übertragen, sondern die andere Person wird reflexiv dem Patienten angegliedert. Solche Fälle von Appersonierung sind auch ohne transitivistische Erscheinungen nicht so selten. Was ein anderer tut oder erfährt, glaubt der Kranke zu tun oder zu erfahren.

Ein Frau pflegte ihren Mann an Darmkrebs, nun glaubt sie die gleiche Krankheit zu haben. Der Nachbar eines Patienten stirbt; dieser hält sich auch für gestorben und deckt sich das Gesicht mit dem Leintuch. Namentlich häufig hat der Kranke Dinge, die andere getan haben oder die geschehen sind, getan (sentiment du déjà fait, vgl. akzessorische Gedächtnisstörungen). In einem Gewitter straft der Kranke selbst (nicht Gott) seine Verfolger. Dinge, die gesehen werden, können ebensogut appersoniert werden: die Oberwärterin hält einen schwarz gerandeten Brief in der Hand, nun verfärben sich die Hände der Patientin ganz schwarz.

Die letztere Angliederung war dadurch begünstigt, daß die Patientin durch Gedanken an Sünde und Tod beherrscht wurde. Überhaupt geschieht die Spaltung der Person im wesentlichen nach affektiven Komplexen. Die halluzinierten Personen sind ja niemals etwas anderes als ein Stück des Patienten selbst, das personifiziert und in die Außenwelt verlegt wird. Die verschiedenen Persönlichkeiten

---

[1]) Ein Patient L. Binswangers behauptete, andere besäßen bestimmte Teile seiner Persönlichkeit. Es ist das eine Vorstufe des Transitivismus. (Mündliche Mitteilung.)

der Kranken (Kaiser, Mutter Gottes) repräsentieren nichts anderes. Oft aber sind die Verhältnisse komplizierter. Eine Patientin schwärmt für eine Musiklehrerin und für einen Pfarrer zugleich. Sie identifiziert sich gelegentlich mit beiden[1]); von dem Pfarrer wird sie in den Halluzinationen sexuell befriedigt. Gelegentlich sieht sie aber beide Personen in sexueller Umarmung unter enormer eigener Erregung: sie hat ihre beiden Wünsche, die Klavierlehrerin zu sein und den Pfarrer zu heiraten, in transitivistischer Halluzination nach außen geworfen. Marie erzählt (S. 45) von einem Fall, wo nach dem Wechsel der Persönlichkeit die abgelegte Person zur halluzinatorischen Verfolgerin geworden ist.

Die Personenveränderungen in den Dämmerzuständen bedürfen keiner Beschreibung. Weniger beachtet werden sie in den so häufigen Zornanfällen. Der Patient, mit dem man eben noch gemütlich gesprochen, wird auf einmal erregt, behauptet Dinge, die er sonst nicht glaubt, fälscht seine Logik total im Sinne seines Ärgers. Er ist ein vollständig anderer, um nach kurzer Zeit wieder der frühere zu sein. Die affektbetonte Vorstellung kann auch aus einem negativistisch gereizten Wesen für einige Zeit eine soziable Person machen: mürrisch, unzufrieden mit der ganzen Welt sitzt eine Patientin da; ich grüße sie als Braut und Frau (nicht als meine Braut und Frau), das erinnert sie an ihre in den Wahnideen erfüllten Hoffnungen, sie erwidert meinen Gruß mit freundlichem Händedruck und fängt an zu plaudern. Hierher gehört auch das Aufschließen autistisch eingesponnener Patienten durch Antönen irgend eines Komplexes, durch einen Besuch usw.

Auch gegenüber den nämlichen Personen können die Kranken in einen Augenblick so, im andern anders sein, indem die Umschaltung der Persönlichkeit ganz von innen heraus geschieht. Der Patient kann seiner Frau die zornigsten Vorwürfe machen, um sie im nächsten Moment als seine liebe Frau zu umarmen und zu bitten, sie möchte ihm „das Leben retten".

In einzelnen Fällen wird die andere Persönlichkeit durch ganz verschiedene Sprache markiert: der Patient spricht freundlich und normal mit gewöhnlicher Stimme mit dem Arzt und zwischendurch ganz verwirrt in Neologismen und mit auffälligem Ton oder flüsternd mit seinen Stimmen. In solchen Fällen kann der Wechsel der Persönlichkeit alle paar Sekunden stattfinden. Einzelne Kranke können auch während eines Gespräches oder beim Vorlesen beständig mit Halluzinationen beschäftigt sein und ihnen leise antworten, und doch daneben die Wirklichkeit so genau auffassen, wie nur ein aufmerksamer Gesunder, z. B. eine vorgelesene Geschichte mit allen Details erfassen. Da laufen zwei verschiedene Persönlichkeiten ganz parallel nebeneinander, jede mit einer vollen Aufmerksamkeit. Sie sind aber wohl nie vollständig voneinander getrennt, da man meist Auskunft über beide Reihen bekommt. Auch die Person hat ihre mehrfache Buchführung. Der Patient kann bei einer Diskussion alles, was ihm eingewendet wird, vollständig ignorieren oder falsch verstehen, es aber beliebige Zeit nachher richtig verwerten.

[1]) Dergleichen ist im Traume des Gesunden häufig. Vgl. auch den Patienten v. Krafft-Ebings, der nur hinkende Frauen liebte und dem Antrieb nicht widerstehen konnte, ein solches Weib nachzuahmen.

ε) Sprache und Schrift.

Die sprachlichen Äußerungen als solche sind bei leichter Kranken meist normal; mündlich wie schriftlich drücken sie richtige oder krankhafte Ideen in der gleichen Weise aus, wie die Gesunden. Bei den in unsere Behandlung kommenden Fällen sind aber häufig mehr oder weniger ausgesprochene Abnormitäten vorhanden.

Sperrung, Ideenarmut, Inkohärenz, Benommenheit, Wahnideen, Gefühlsanomalien finden in der Sprache ihren Ausdruck; hier liegt aber die Abnormität nicht in der Sprache selbst, sondern in dem, was sie zu sagen hat.

Häufig ist der Sprachtrieb verändert. Manche Patienten sprechen sehr viel, oft geradezu kontinuierlich. Meist wollen sie dabei der Umgebung gar nicht eine Mitteilung machen, noch überhaupt sich mit ihr verständigen, ihre Gedanken setzen sich in Reden um, ohne Beziehung zur Umgebung. Oder diese Beziehungen sind nur ganz einseitige, so wenn uns die Kranken Fragen stellen, die zwar einigermaßen auf den Angeredeten zugeschnitten sind, dabei aber kein Bedürfnis nach einer Antwort dokumentieren, indem sie dem Gefragten keine Zeit zum Antworten lassen oder gar nicht auf das hören, was er erwidert. Oft wirkt die Anwesenheit einer Person nur wie ein Reiz zum Sprechen überhaupt, nicht als Anreiz, etwas zu sagen. Viele Kranke reihen beständig Worte aneinander, sie reden, aber sagen nichts[1]).

Andere reden umgekehrt gar nicht (Mutismus). Manche schreiben nicht, mag sich noch so viel Anlaß bieten. Man kann von einzelnen nur schriftlich, von anderen nur mündlich, von anderen wieder gar keine Antwort bekommen. Vom mündlichen und schriftlichen Mutismus bis zum beständigen Schwatzen oder Schreiben gibt es alle Übergänge.

Mutismus ist ein gewöhnliches Begleitsymptom stuporöser Zustände, kommt aber auch in anderen Kombinationen vor. Sogar Kranke, die ganz arbeitsfähig sind, können andauernd stumm bleiben. Bei den schweren Formen ist das Symptom häufig, bald vorübergehend, bald andauernd bis zu jahrzehntelanger Stummheit. Das Verhalten auf Anreden ist ein sehr verschiedenes. Die einen reagieren gar nicht, genau wie wenn sie nichts bemerkt hätten. Bei anderen gibt die Mimik, namentlich der Blick, absichtlich oder unabsichtlich zu verstehen, daß sie doch gehört haben. Erröten und andere Zeichen von Affekten beweisen das Verständnis. Einzelne bewegen oft ein wenig die Lippen, ohne einen Ton von sich zu geben. Es kommt auch, namentlich in akuten Zuständen, etwa vor, daß mutistische Kranke durch Gesten oder schriftlich Antwort geben, ja auf diese Weise spontan Wünsche äußern. Am häufigsten aber sind mutistische Kranke zugleich negativistisch.

Es handelt sich beim Mutismus niemals um eine absolute Stummheit, wenn es auch Patienten gibt, die jahrelang keinen Laut von sich geben. Die meisten Kranken sprechen zwischendurch dann und wann; sie können namentlich vernehmlich schimpfen; manchmal singen sie.

---

[1]) Wie jede andere Tätigkeit kann auch das Sprechen automatisch oder zwangsmäßig vor sich gehen. Der Inhalt ist dann meist auch ein krankhafter; Koprolalie z. B. ist nicht selten.

Das Motorische der Sprache ist gewöhnlich intakt. Artikulationsstörungen im eigentlichen Sinne gehören nicht zum Bild der Schizophrenie. Natürlich können sich aber allgemeine Sperrungen auch in der Sprachfunktion geltend machen. Diese besitzt indes eine gewisse Selbständigkeit. Ihre Störung ist oft stärker oder — noch häufiger — leichter als die der übrigen Motilität, die Sprache kann auch ganz allein normal bleiben oder allein gehemmt respektive gesperrt sein.

Das Formelle der Ausdrucksweise kann alle denkbaren Abnormitäten zeigen, aber auch vollständig korrekt sein. Bei intelligenten Leuten finden wir oft eine ganz bestechende Redeweise. Es begegnet mir dann und wann in einer klinischen Vorstellung, daß ich nicht alle Zuhörer von der Krankhaftigkeit einer schwer schizophrenen Logik zu überzeugen vermag. So bei einem katatonischen Polytechniker, der sich hatte füttern lassen und die Nahrungsverweigerung in ausgezeichneter Rede damit begründete, daß er gesehen habe, wie ein Nachbar sich bei der Fütterung so dumm benommen habe, daß man die Krankheit gleich erkennen mußte; er aber habe uns durch sein normales Benehmen bei der Fütterung den Beweis der geistigen Gesundheit geben wollen.

Der Tonfall hat oft etwas Besonderes, namentlich fehlen manchmal die Modulationen, oder sie sind übertrieben oder am falschen Ort. Die Sprache ist oft abnorm laut, abnorm leise, zu schnell, zu langsam; der eine redet durch die Fistel, der andere murmelt, der dritte brummt oder grunzt beim Sprechen; eine Katatonika spricht bei der Inspiration wie bei der Exspiration; eine andere intoniert gar nicht. Manchmal wechselt die Stimme mit dem Ideenkreis, die Patienten reden mit den Halluzinationen in ganz anderem Ton als mit wirklichen Menschen; mit denen, die sie zu ihren Verfolgern zählen, anders als mit anderen Leuten. Sie denken sich in verschiedene Personen hinein und benutzen dementsprechend verschiedene Tonlagen. Eine unserer Kranken sprach mit der Stimme ihres Kindes, das durch ihren Mund hinauswollte. Wenn bei den verschiedenen Arten des automatischen Sprechens bestimmte Personen durch die Kranken reden, so hat manchmal jede derselben eine besondere Stimme und eine besondere Sprechweise überhaupt. Auch nach den Komplexen wird die Sprache gewechselt; eine Katatonika sprach für gewöhnlich in nicht auffallendem Zürichdeutsch; über ihre Krankheit immer im St. Galler Dialekt; wenn von ihrem Mann die Rede war, in schnodderigen Ausdrücken und Flüchen; bei dem Thema „Amerika“ (das mit ihren Aspirationen in Verbindung war) gebildet, nett. Der beständige Gebrauch von Diminutiven und andere Anomalien treten im Sprechen wie im Schreiben oft nur an Komplexstellen auf. Ein Hebephrene schreibt und spricht an irrelevanten Stellen normal, an Komplexstellen wird er ganz vag in seinen Ausdrücken, schwer verständlich, fängt an zu stottern, mit den Lippen zu zittern. Eine Katatonika bildete Neologismen nur, wenn sie gerade aus äußeren oder inneren Gründen erregt war.

Entsprechend der Affektlosigkeit auf der einen Seite und der Neigung zu übertriebener Mimik auf der andern hat auch die Sprache bald zu wenig, bald zu viel Ausdruck. Sie tönt oft sonderbar, dem Inhalt inadäquat, die Kranken können fröhliche Dinge mit traurigem Ton sagen und umgekehrt. Gelegentlich klingt die Sprache wie abwesend, ähnlich den Reden von Gesunden im Traum.

Manche Anomalien der Sprache gehören zu den „Manieren" (siehe daselbst): Andere Abnormitäten kann man zu den Stereotypien rechnen, vor allem die Verbigeration, ebenso wenn eine Kranke zwischen je zwei Worte ein gedehntes „hüi" einschiebt.

Nicht selten bekommt man den Eindruck, daß die Verbindung zwischen Begriff und sprachlichem Ausdruck gelockert sei, wobei sehr auffallend ist, daß der Grad dieser Störung in keinem Verhältnis zu stehen braucht zu den übrigen Assoziationslockerungen und namentlich zu dem Stande dessen, was wir als Intelligenz bezeichnen. Es gibt Kranke, die sich sehr korrekt auszudrücken vermögen, deren intellektuelle Fähigkeiten aber im höchsten Grad darniederliegen, und umgekehrt wieder solche, die keinen verständlichen Satz sprechen, aber noch relativ komplizierte Arbeiten, wie die Verteilung der Wäsche auf einer Abteilung tadellos besorgen. Sprachverwirrtheit ist also auch bei der Schizophrenie von der Begriffsverwirrtheit zu trennen, wenn auch manchmal beides zusammen angetroffen wird. Bemerkenswert sind namentlich die nicht so seltenen Fälle, wo Kranke sich nur schriftlich oder nur mündlich klar ausdrücken, während sie in der andern Form verwirrtes Zeug produzieren. Einer unserer Hebephrenen, mit dem man sich seit Jahren mündlich nur in einfachsten Dingen verständigen konnte, schrieb noch immer korrekte Briefe. In solchen Fällen handelt es sich wohl nicht bloß um ein „Sichgehenlassen" und „Zusammennehmen" bei bestimmten Anlässen, sondern um eine verschiedene Einstellung je nach den Umständen.

Der Satz v. Krafft-Ebings, daß die Worte ihren Sinn verlieren, bis nur noch Ketten von Worthülsen übrig bleiben, hat nur für die verbigerationsartigen Sprachäußerungen Gültigkeit. Die auffallenden Worte sind bei unseren Kranken gar nicht leere Hülsen, sondern Hülsen, die einen andern Inhalt bergen als sonst. Forels Patientin beschreibt das Phänomen sehr gut:

Manche Worte gebrauchte ich . . . um einen ganz andern Begriff auszudrücken, als denjenigen, den sie eigentlich bezeichnen . . . . so auch „räudig", das ich ganz gemütlich für „wacker" brauchte . . . . Fand ich für die rasch sich drängenden Ideen nicht gleich das passende Wort, so machte ich ihnen in selbstgeschaffenen Luft . . . . z. B. „Wuttas" für „Tauben".

Nach den bis jetzt bekannten Gesichtspunkten sind die Sprachfehler der Schizophrenie nicht von denen des Traumes zu unterscheiden. Leider läßt sich aber die grundlegende Arbeit Kraepelins (398) noch nicht zur Einteilung verwerten, da die beiden Reihen der subjektiven Traumbeobachtung und der objektiven Schizophrenie-Erfahrungen noch viel zu lückenhaft sind, als daß sie sich ganz decken könnten. Ich kann im folgenden nur einige Gesichtspunkte mitteilen, die sich aus den Beobachtungen von schizophrenen Sprachstörungen ergeben.

Zum größten Teil werden Worte gebraucht, die einen Begriff bezeichnen, der dem gewollten ähnlich ist, oder irgendwie gleiche Bestandteile oder gleiche Bedingungen hat. „Un buffet" für „eine Stockuhr" ist leicht verständlich wegen der äußeren Ähnlichkeit der beiden Möbel; „une heure" wegen der Beziehung der Stockuhr zu den Stunden (Masselon); ebenso begreifen wir, daß statt „Stärke" „Erdäpfel" gesagt werden kann (nachdem vorher von Äpfeln gesprochen worden). Viel wird die Redefigur der pars pro toto mißbraucht, und zwar oft so, daß

ein unwesentlicher Teil des zu bezeichnenden Begriffes hervorgehoben wird, so wenn ein Schuh genannt wird „une façon, ça sert à valser" (Masselon). Verständlicher ist es, wenn ein Patient statt der Entlassung „Arbeitsveränderung" verlangt, wenn ein anderer alle seine Verfolger und Verfolgungen „Gebilde" nennt, obschon beide nicht nur als Visionen erscheinen. Sehr bezeichnend für die weitgehende Störung der Schizophrenie ist „das Kindersystem des Wärters", womit Patient sagen wollte, daß der Wärter nicht zu seiner Verfügung war, als er ihn brauchte, und daß derselbe dafür Bettunterlagen besorgte, um anzudeuten, daß Patient so unrein sei wie ein kleines Kind. Auch zwei Dinge, die unter einem gemeinsamen Oberbegriff subsumiert werden können, Koordinationen, verwechseln ihre Bezeichnungen, namentlich wenn es sich um Abstrakta handelt; so wenn der Kranke „an Notzucht leidet", während doch die Einsperrung in die Anstalt eine ganz andere Art von Vergewaltigung ist.

In weitgehendem Maße wird die uneigentliche Redefigur angewandt, vor allem der Ausdruck „morden", der für alle möglichen Formen von Quälereien und in den verschiedensten Zusammensetzungen wiederkehrt. Es wird aber in vielen Fällen deutlich, daß die Patienten hier oft vergessen, daß sie eine Redefigur brauchen: der Begriff ihres „Gequältwerdens" ist ihnen ein so starker, daß sie ihn nur mit jenem Worte bezeichnen können, und daß sie in gewissen Zusammenhängen wirklich glauben, gemordet worden zu sein. Natürlich werden die verstärkenden Ausdrücke bei Anklagen bevorzugt, die abschwächenden bei der Verteidigung. — Redeweisen wie „Ich bin die Geduld Christi gewesen" haben, so unsinnig sie hier erscheinen, ihre normalen Analoga z. B. in: „Ich bin die Wahrheit und das Leben."

Oft ist die Begriffsähnlichkeit, die zu Wortverwechslungen führt, eine sehr geringe und setzt geradezu Gedankengänge voraus, die gar nicht zu dem bezeichneten Begriff gehören: eine Kranke „hat eine Filiale vom Herrgott", d. h. sie hat das Recht, Geld zu machen. Ebenso abgelegen ist der Vergleich, wenn eine Kranke sich beklagt, keinen „Absatz" zu haben, indem sie die Betätigung in der Liebe mit der in einem Verkaufsgeschäft identifiziert.

Wo die Ähnlichkeit etwas größer ist, kommen, wenn auch gewagte, so doch auch dem Normalen verständliche Bilder zum Vorschein, wie „geimpft werden mit Besteigung" von einer Frau, und „heilige Impfungen vornehmen" bei einem Manne für Koitieren, oder „wer hat mir den tiefen Haß eingehämmert?" und „der Herr S. ist in den Redensarten spaziert", d. h. man hat auf S. hingedeutet. Ganz gesucht erscheint der Ausdruck: „Dann sind wir längst Gäste des Krematoriums" (d. h. tot).

Unter Umständen betrifft die Ähnlichkeit gar nicht die Begriffe, sondern die Worte, und dann kann es auch zu faden Wortspielen kommen, so wenn ein Kranker „unter Bürgern" ist und damit meint, im Burghölzli zu sein.

Berühmt sind die Wortneubildungen der Schizophrenie, die zum Teil zwar verständlich, aber selten ganz nach den gewöhnlichen Sprachregeln gebildet werden:

„Wahrlügereien" — Lügen, die man für wahr ausgibt, ein Pleonasmus; eine Kranke „schreibt die Geborenheit Luise Müller; sie war damals Müllersweise", d. h. sie hieß mit ihrem Mädchennamen Müller. Eine andere Kranke ist „bemillionärt", d. h. sie hat Millionen bekommen; eine dritte wird „vom Winter in ihre Stüblichkeit eingeschlossen". Ein Paranoider ist „erhabrechtlich" eingesperrt, d. h. der, der ihn eingesperrt hat, sagt, er habe recht. — Der Neubildung liegt etwa eine Onomatopöie zugrunde: eine Hebephrene hat „Orkäne" im Hals, d. h. sie muß sich räuspern, daß es ähnlich tönt wie dieses Wort.

Eine Menge von Neologismen mußten von den Kranken geschaffen werden zur Bezeichnung neuer Begriffe, für die eben unsere Sprache nicht eingerichtet ist.

Namentlich die Verfolgungen, die Halluzinationen und was alles damit zusammenhängt, müssen von den Kranken, die sich ja immer damit beschäftigen, mit einem Worte bezeichnet werden können. So heißt „Durchschnauzen“ durch die Wände hindurchreden; eine Patientin Jungs nannte ihre Neologismen „Machtwörter“; sie sprach von „Doppelpolytechnikum“, was ihr der Inbegriff aller ihrer Geschicklichkeiten und der dazu gehörenden Belohnungen war[1]). Eine Patientin spuckt „Käfig-Wetter-Brühe“ auf den Boden, d. h. sie muß so viel spucken, weil sie Käfigwetter hat, eingesperrt ist. — Die Schwester einer Ärztin dehnt den Begriff der Kollegialität durch verwandtschaftliche Verhältnisse aus: „sie ist mit den Ärzten kollegial durch ihre Schwester“. Die Redensart: „der Prinz von England ist im heutigen Ich des Oheims“, drückt den für Gesunde unmöglichen Gedanken aus daß der Oheim in den Prinzen von England verwandelt worden sei („er ist nicht Prinz von England geworden, sondern er hat wirklich die Person des Prinzen bekommen“).

Neue Ausdrücke werden auch geschaffen durch Verdichtung. Man muß aber unterscheiden zwischen begrifflicher Verdichtung, die mehrere Begriffe in einen verschmilzt und durch ein Wort ausdrückt, und sprachlicher Verdichtung, die verschiedene Ausdrücke zusammenwirft, sei es, daß diese Worte den gleichen Begriff bezeichnen, oder daß der Kombination der Worte auch eine Kombination von Begriffen entspricht.

Die Zusammenziehung verschiedener Wörter, die den gleichen Begriff bezeichnen, kommt schon beim Versprechen des Gesunden häufig vor; so könnte das katatonische „händeklar“ (aus: „es liegt auf der Hand“ und „es ist sonnenklar“) auch einem Gesunden entwischt sein. Dem Satz „ich hoffe, daß ich wieder auf einen bürgerlichen Ernährungszweig komme“, liegen die Ideen zugrunde, daß Patient in gewöhnlichen bürgerlichen Verhältnissen draußen leben, daß er sich selber ernähren und auf einen grünen Zweig kommen möchte. Das an sich nicht verfängliche Wort Zähringer („ich bin Zähringer“) bedeutet zäh = gesund, kräftig, und zugleich eine Wohnung im Zähringerquartier. In dem Worte „Beschwerung“, das zwei Kranke unabhängig voneinander zur Bezeichnung der Verfolgung brauchten, liegt sowohl das Zauberische (Beschwörung) als das Unangenehme, schwer zu Tragende[2]).

Eine besondere Konfusion wird in die Sprache gebracht dadurch, daß auch bei den Begriff richtig bezeichnenden Worten die Satzform falsche Beziehungen ausdrückt, oder daß bei Neubildungen und ungewöhnlichen Anwendungen von einzelnen Wörtern der Stamm zwar richtig gewählt wird, aber die Suffixe oder Zusammensetzungen falsche Beziehungen hineinbringen. Meine Beobachtungen erlauben nun nicht, mit Kraepelin akataphasische und agrammatische Störungen auseinanderzuhalten; ich möchte vorläufig mit dem Namen des Paragrammatismus alle diese Fehler gegen die Grammatik bezeichnen.

Auf abnorme Weise, aber nicht falsch, wird ein Gedanke ausgedrückt in „es ist bei mir kein Vorhandensein von Abwesenheit im Geist“. Falsche Wortbildung

[1]) Viele solche Neologismen bezeichnen also eine komplizierte Idee, manche sogar alle krankhaften Erlebnisse während langer Zeit. Man hat sie deshalb auch Ellipsen genannt und als ein Zeichen einer schon lange dauernden Krankheit angesehen. Letzteres ist nun nicht ganz richtig; die Patienten können solche Begriffe und solche Wörter auch im Anfang der Psychose bilden.

[2]) In Schüleraufsätzen sind Verdichtungen, namentlich in bildlichen Redensarten, ein häufiger Fehler.

liegt dem Ausdruck zugrunde „ich war schon als Kind ein Appartement“ (etwas appartes). Ebenso „ich bin erbschaftlich auf drei Millionen“ (habe drei Millionen geerbt). Eine Patientin, die „katholisch insinuante Schmerzen“ hat, will sagen, daß die katholischen Wärterinnen ihr Schmerzen machen. Der Verfolger eines Patienten „leidet an Verfolgungswahn“, wobei das Wort in aktiver statt der gewöhnlichen passiven Bedeutung gefaßt ist. Der Patient der „bis zur Zeit eines findigen Erwerbes auf Staatswohltat angewiesen ist,“ wendet das Verbaladjektiv falsch an; die Katatonika, „der der Bodensee gehört“, drückt durch „gehören“ falsch aus, daß sie sich im Bodensee ertränken sollte.

In ähnlicher Weise wie in dem letzten Beispiel das „gehören“, wird namentlich die Kopula mißbraucht: „ich bin England“ heißt „England gehört mir“; „ich bin die Sonne“ ist gleichbedeutend mit: „ich bin Herr und Schöpfer der Sonne“ usw. In all diesen Beispielen ist aber gewiß der zugrunde liegende Gedanke nicht so klar abgegrenzt, wie wenn der Gesunde ihn denkt.

Wie die Verknüpfung der Ideen unter sich, so kann auch die Verbindung von Begriff und Wort eine ganz zufällige sein und dann festgehalten werden. Ein Paranoider benutzte fast jedes Fremdwort, das er hörte, dazu, um seine Verfolgungsideen oder einen Teil derselben zu bezeichnen: „er wurde auf dem Dossierwege“ verfolgt, „auf dem Kosmusweg“ machte man ihm Schmerzen an den Genitalien. In solchen Fällen meinen die Kranken wirklich, ihre Ideen richtig und für andere Leute verständlich bezeichnet zu haben.

Meistens kommen in den krankhaften Ausdrucksweisen verschiedene Fehler gehäuft vor.

„Ich wünsche keine Türkei“ heißt: „ich will nicht Ihre Haremsdame, Ihre Hure sein, Sie Polygamist“; es handelt sich um eine Verschiebung der Bedeutung des Wortes „Türkei“ und zugleich um eine Verdichtung zweier Begriffe. „Freundliche Beziehungen an solche, die sich angehören“ als Schluß eines Briefes ist ebenfalls durch Paragrammatismus und Verdichtung verschiedener an solcher Stelle geläufiger Ideen entstanden. Der Onanist, der sich „Schwanzmörder“ nennt, braucht „Mörder“ im Sinne von „Sünder“ und „Verderber“ und macht erst noch eine paragrammatische Zusammensetzung. Der „abgebläuten“ Kranken ist ein Brief mit dem Blaustiftvermerk „unbestellbar“ zurückgekommen: die Neubildung ist eine ganz paragrammatische. Die an Neuralgien leidende Paranoide, die Asien, Afrika und Algier hat, setzt ein Wort für ein klangähnliches ein und assoziiert erst noch im Sinne des ersteren Wortes weiter. Neue Gedanken, neue Ausdrucksweise und Abkürzungen benutzt der von Riklin[1]) analysierte Kranke, der folgendermaßen spricht und schreibt:

Centralleuropa undt Centraleuropaaera Nr. 3258 Eernst Gisler Trauungg auch dder Schlüsel ddurch Herr Pfarrer Dr. Studer Kaiser DDes Titt. Standdenbank pprr p 96 oder Postbrief 3 vvia Kaiserlichen undt Königlichen auch Kaiserlich Königlichen Gewerbes Titt, Rheinau. Mo work Badd ggut $^3/_8$ Herr dr. hc. $^{30}/_7$ Bern $^{27}/_7$ DD $^{18}/_7$ kurz $^{30}/_7$ $^3/_8$ Aa 1906 Datum. Sssie Zahlen geegen Voorweisen eeines Billetes Frkn Achttausendt in Banknotenn auch Titt. Berner Kantonalbank in Bern oder B K B. Frkn 8000 baar Bestände à Zehn Prozente Frkn 8.800 iedden-fals Frkn 800 maal Zehn à Eeilf: Titte. Regierungs kanzllei Aaltdorf weegen Schadenersatze ddurch Herrn aalt Missionar u Gasthhof Inhabber Dr Christaller im Bellevue Andter madtim Paag Frkn e zwölff Halbocktav Reiswerk Reiswerk = Proces Verbal qa $^{29}/_9$ Ao 1889 Zeitungsdatumm dden Nneuen Z Zürcher Zeitungg. Soll Forel

[1]) Noch nicht publiziert.

Steinheil Guggenbuel 330 Frkn b = undt Frkn Haf Dho Grob st 15 auch addirt nach 139 Wartjahren an Herr Oberwärter u. Minister dr hc Vegetarianer Steeiger Bro. . . . . . .“

Was die Verdoppelung vieler Buchstaben bedeutet, wissen wir noch nicht. Patient bleibt sich aber auch hierin seit Jahren konsequent. Er ist Kaiser von Zentraleuropa geworden und zählt von da an die Ära. 3251 ist seine Aufnahmsnummer in Rheinau, die letzte Stelle verändert er in eine 8, weil die Zahl sonst nicht in sein System paßt, in dem die 8 (Zentraleuropa hat 8 Staaten) eine Rolle spielt. E. ist sein Name; Gisler ist der Name seiner eingebildeten Geliebten, mit der er in seinen Delirien getraut worden ist, was durch das Wort „Trauung“ angedeutet ist. „Auch die Schlüssel sind ihm getraut“, d. h. er sollte sie bekommen. Pfarrer St., den er zum Doktor ernennt, war damals Anstaltsgeistlicher. „Kaiser der tit. Standenbank“ ist ein weiterer Titel des Patienten. „Des“ steht für „der“, indem er den letzten Buchstaben durch den im Alphabet folgenden ersetzt. „Standenbank“ ist die vom Patienten angenommene Bank, der er Aufträge zur Zahlung kleinerer Bedürfnisse (wie man sie an einem Jahrmarktsstand kaufen kann) erteilt. „pprr“ = per = durch. „p qb“ = Postquittungsbuch.“ „3 Vvvia“ = dreifach (auf 3 Wegen). „Mo work“ = Montag, Werktag. „Badd ggut“ = nach Genuß eines angenehmen Bades. „$^3/_8$ = das Datum, an welchem Patient den dritten August schreibt. „Herr Dr. h c 30“ = der Tag, an welchem der Herr Dr. hon. causa (= der Wärter) den 30. Juli schreibt. „Bern $^{27}/_7$“ = Datum, an welchem Bern den 27. Juli schreibt. „DD $^{18}/_7$ = das Durchschnittsdatum (nach einer eigentümlichen Berechnung des Pat.) „kurz 30. Juli/ 3 August“ faßt die Datumbezeichnungen der verschiedenen Zählarten kurz zusammen. B K B ist wieder Berner Kantonalbank. In Andermatt ist Pat. abgefaßt worden, deshalb haftet die Regierungskanzlei Altorf für seine Schadenersatzansprüche, ebenso der Inhaber des Hotels. c = 3 (sc. Billionen, die er als Entschädigung verlangt). Halboktav ist das Klosettpapier, auf das er zu schreiben pflegt, und das er nicht in den gewünschten großen Quantitäten bekommen kann. „Reiswerk“ ist das Befreiungswerk, daß man reisen kann. „Proces Verbal qa $^{29}/_9$ Ao 1889“ = gleich wie es in einer Eingabe (procès verbal) des Patienten über diesen Gegenstand (qa = qua = diesen Gegenstand betreffend) ausgeführt ist. Dieser Proces verbal wurde eingeschickt an dem Tage, an dem die Neue Zürcher Zeitung das vorgesetzte Datum trug. Anstaltsdirektor Forel, der mit einem früheren Bekannten des Patienten, Guggenbühl, verdichtet wird, schuldet ihm 330 Millionen (b) Franken, dazu („auch addiert“) 816 (haf), 480 (Dho), 730 (Gco) Millionen. „st“ = 15 Ziffern (also 816 480 730 000 000 fr). „139 Wartjahre“ die Zahl ist nicht ganz klar. Den Oberwärter hat er zum Minister und Dr. hon. causa gemacht. Er ist Vegetarier, wie alle guten Ärzte (Patient hat sexuelle Abneigung gegen Fleisch). Ferner verdichtet er ihn mit einem Mann namens Steiger. Br. . . ist der Name des Oberwärters.

Das Schriftstück will also sagen:

„Wir Kaiser von Zentraleuropa, E. . ., Nr. 3251, getraut mit Frl. Gisler (wobei zugleich das Recht auf Freiheit gewährleistet wurde), Inhaber und Herrscher über die Bank, durch welche wir mittels Postanweisungen unsere Bedürfnisse erhalten, und des Gewerbes in Rheinau, erlassen folgenden Befehl: Sie oder die Berner Kantonalbank zahlen gegen Vorweisen eines Billetts Fr. 8000 in bar, mit 10%, auf Rechnung der (oder: „gut muß stehen die“) Regierungskanzlei Altorf, die mir Schadenersatz schuldig ist aus dem Benehmen des Hotelbesitzers Christeller zum Bellevue in Andermatt, jeden Tag 3 Billionen, und zwölf Blätter Klosettpapier und die Freiheit, wie wir es in der Eingabe gesagt, an dem Tag, da die Neue Zürcher Zeitung das Datum 29. September 1889 trug. Auch Forel schuldet uns 330 Millionen

Franken, und dazu 816 480 730 000 000 Franken. Zu zahlen an den Oberwärter der Anstalt, unsern Minister."

In vielen Fällen lassen sich die Ausdrücke nicht erklären, so wenn eine Kranke „gesiest" und eine andere „verbotanisiert." und eine dritte von „Ellbogesleuten" geplagt wird, oder wenn statt Worten Zahlen eingesetzt werden (wenn indes 473 heißen soll: „verstehen Sie das?" so sind offenbar die Anfangslaute der Zahlen oder der Worte das Bindeglied).

In hochgradigen Fällen resultiert ein vollständiger „Wortsalat" der ganz unverständlich ist, auch wenn er sich in der Hauptsache aus gebräuchlichen Worten zusammensetzt; die grammatisch und inhaltlich für uns ganz unbegreifliche Kombination macht uns den Eindruck einer unbekannten Sprache.

Es war mir bis jetzt unmöglich, einen vollen Wortsalat nachzustenographieren. In dem folgendem Schreiben ist die Satzform noch zum größten Teil erhalten: Auf Apell. laut Kirchen Staat hatte das Volk die Sitten und Gebräuche teilweise auf Glosglauben genommen desshalb wollte da Vater rein f. Neue Situation eingehn da sie glaubten, der Vater habe eine Babeli Comediation nur mit Musikspiel. Drum giengen sie auf die hohe Osetion auf den Kohl von Studer Erde und anderer Bosheiten allerlei: und gegen das was gut ist. Und auf Ihrer umgekehrten Osetion Eben Recht kommen u. Ugauhskil wird dran ist auch der Vater der Gerecht. (Hebephrenie.)

Auch für die ganze Sprache werden oft neue Wörter gebildet, so daß wir eine besondere „Kunstsprache", wie sie eine unserer Kranken nannte, vor uns haben: die neuen Wörter lehnen sich etwa noch deutlich an gebräuchliche Ausdrücke, an oder sie sind ganz neu geschaffen, manchmal mit der offensichtlichen Prätention, eine bestimmte Sprache nachzuahmen. Im letzteren Fall bezeichnen die Kranken ihre Sprache unter Umständen selbst als Französisch oder Chinesisch usw. Dann und wann wenigstens läßt sich nachweisen, daß für bestimmte Begriffe auch immer die gleichen Worte gebraucht werden; meist aber scheint eine solche „Kunstsprache" ein Augenblickskind zu sein, das im nächsten Moment durch ein anderes ersetzt wird. Wie ernst die Kranken diese Sprache nehmen, läßt sich meist nicht feststellen; oft scheint das Gewelsche ihnen mehr die Bedeutung eines Spiels oder einer Mystifikation zu haben; in einzelnen Fällen aber glauben die Kranken sich richtig auszudrücken, sei es. daß sie sich vorstellen, ihre gewöhnliche oder eine andere bestehende Sprache zu sprechen, sei es, daß sie sich der Neuschöpfung bewußt sind.

guwesim ellsi bäschi was wie emschi wüsel dümte rischi güwe schäme brisell engwit rühsel schäme bärsel güwe emschi rahsil bügin raschwi emso Gluwi rüllsill tügsee bühsee ralit. schügen wüte büser . . . . (Hebephrenie).

Eine trotz ihrer Katatonie noch sehr intelligente und sich gut beobachtende Kranke wollte sagen: „Geben Sie mir ein Beruhigungsmittel", sagte aber: „Geben Sie mir 20000" oder „Ich gebe Ihnen 20000". Die beiden Satzformen sind ihr in ihrem Gedächtnis identisch, obschon sie nachträglich den Unterschied in normaler Weise bemerkt.

Die schriftlichen Äußerungen entsprechen ganz den mündlichen, nur machen sich einzelne Eigentümlichkeiten hier noch mehr geltend. Die Patienten schreiben oft, wenn sie nichts zu sagen haben. Man bekommt so von gebildeten Leuten unter Umständen Erzählungen, was in der Anstalt alles getan

wird, wie man aufsteht, um wieviel Uhr man sich wäscht, was dieser oder jener Wärter zu dieser Zeit tut. Ein wirklich als briefliche Mitteilung gedachtes Elaborat kann dann aussehen wie eine Stilübung. Manchmal hat man auch Stil ganz ohne Inhalt; es sind Worte, die zu richtigen Sätzen zusammengefügt sind, deren Zweck man aber nicht verstehen kann.

Nicht selten scheitert ein Schreiben an den ungeregelten Ideenassoziationen. So bei einer Katatonischen, der wir zu ihrer Freude den Auftrag gegeben hatten, sie möchte ihren Eltern schreiben, sie sei entlassungsfähig.

R.[1]), den 27. April 1887[2]).

Liebe Eltern

Seit so gut und mich holen meine Schwester hat für mich gewaschen wir müssen im[3]) die Küche

von deiner Schwester

(geb 66) L . . . . S . . .

Die Ziel- und Gedankenlosigkeit der Kranken zeigt sich auch in den vielen Abweichungen von der ursprünglichen Idee, indem sowohl Inhalt wie Wortklänge auf Nebenbahnen führen. Ein Hebephrene nennt unter anderen Auskunftsstellen, bei denen man sich über ihn erkundigen kann: „meinen Vater in N., auf dessen Urteil ich alles gebe, selbst mein Leben gebe, wenn er es fordert".

Inkonsequenzen, wie die, daß der mit „liebe Eltern" begonnene Brief unterzeichnet wird „von deiner Schwester", sind bei Schizophrenie etwas Häufiges. Briefe an verschiedene Personen werden auf das gleiche Blatt geschrieben. Oft werden die gleichen Personen im nämlichen Brief bald mit „Du", bald mit „Ihr", bald mit „Sie" angeredet. Eine Hebephrene endet jeden Brief, mag er an welche Personen immer gerichtet sein, mit „freundlichen Gruß und Kuß von deiner treu liebenden E. F. in W.[4])"

Trotz der vorhandenen Orientierung ist ein zeitlich und örtlich falsches Datum gar nicht selten. Eine Katatonika fügt in der Anstalt regelmäßig ihre frühere Adresse den Briefen bei, und das sogar, wenn sie an ihre Mutter schreibt.

Die eigentlichen Stilabnormitäten sind bei den Anstaltspatienten etwas sehr Gewöhnliches. Der Ausdruck ist namentlich gerne schwülstig, und zwar nicht nur an Stellen, die mit Nachdruck oder Gefühl geschrieben sein sollen; „die Kranken sprechen Trivialitäten in einem hochgeschraubten Ausdruck, als ob es sich um die höchsten Interessen der Menschheit handelte". Oft sind die Ausdrücke dabei ganz ungeschickt gewählt, so daß man einen frühreif sein wollenden Schüler zu hören glaubt; dazu gesellt sich eine Vorliebe für Redensarten aller Art, die dann oft stereotyp an allen möglichen und unmöglichen Orten angebracht werden. Neben Telegrammstil finden wir bei anderen Kranken wieder eine Neigung zu endlosen Perioden, in die oft die verschiedensten Gedanken hineingewurstelt werden. Eine Eigentümlichkeit des Stils sowohl als des Denkens ist es, wenn in Briefen selbstverständliche Dinge breit ausgeführt

---

[1]) Ihr Heimatort statt der Anstalt.
[2]) recto 1906.
[3]) sic!
[4]) Sie wohnt nicht in W., sondern in der Anstalt.

werden: „Der Unterzeichner nachfolgender Zeilen nimmt sich die Freiheit, Ihnen dieselben per Post unter Kuvert zukommen zu lassen. . .“ Mehrsprachige Kranke mengen gern verschiedene Sprachen durcheinander oder bevorzugen eine Sprache, die ihnen nicht geläufig ist.

Die gefühlsbetonten Komplexe werden oft indirekt ausgedrückt: eine Kranke schreibt lange Briefe angefüllt mit Kirchenliedern, die sich alle auf ihren mit dem Herrgott identifizierten Geliebten und ihr gegenseitiges Verhältnis beziehen. In anderen Fällen drücken sich die Komplexe in dem gesucht vornehmen, untertänigen oder kindlichen Stil oder im massenhaften Gebrauch von Diminutiven aus.

Es gibt aber auch Stilanomalien, die vorläufig nicht mit den Komplexen in Verbindung gebracht werden können und folglich als pathologische Launen betrachtet werden müssen, so wenn einer statt anderer Verbalformen fast nur Partizipien mit einem Hilfszeitwort bringt. Oft charakterisieren auffallende Bilder Stil und Denkweise der Kranken. Eine runzlige Paranoide schreibt: „Mein Gesicht ist ein ausgestoßener Plafond heraldisch und architektonisch“. Und wie die Assoziationen inhaltlich die heterogensten Gegenstände zusammenbringen, so verknüpft auch die Ausdrucksweise in ganz bizarrer Weise Dinge, die gar nicht oder doch anders zusammengehören: „Die körperliche Untersuchung kam mir nicht nur sehr interessant, sondern wirklich himmelschreiend vor“, oder: „Ich lag nicht nur der Jagd ob, sondern auch meinem Vater zur Last“.

Solche Fehler haben, wie in diesem Beispiel, ihren Ursprung meist in der Affektlosigkeit der Schreiber. Dinge, die affektiv verschieden sind, werden auf eine Linie gestellt. Auch Zusammenstellungen, wie die folgende, haben ihren Hauptgrund in der nämlichen Anomalie: „Ich bin 10 Tage hier, man will mich verhungern lassen; ich möchte die ganze Welt ankotzen, und dort drüben ist ein gemachtes Bett“ oder: „Fühle mich wohl und munter, ist mir leicht und verspüre einen großen Hunger und Heimweh“. — Auch die Form im engeren Sinne zeigt oft die Gefühllosigkeit an. Eine gebildete Tochter schreibt ihrer Tante einen Brief, der ihre Anhänglichkeit beweisen soll, aber namentlich durch den Umstand höchst trocken ausfällt, daß die Kranke die Gefühle in unpersönlichen Sätzen ausdrückt („es wird verdankt“, „es wird gewünscht“).

Sperrungen drücken sich gelegentlich aus durch Unterbrechung mitten im Satz, worauf dann ein neuer Gedanke auftritt, oder in schweren Fällen das Schreiben ganz aufhört. Gelegentlich zeigt auch eine Lücke den unterdrückten Gedanken an, so in dem Briefschluß:

Grüßt Sie herzlich J. . . W. . .

in der (große Lücke)

Adr.: Anstalt. Zürichs, Zimmer Nr. 2.

Das Äußere der Schriftstücke läßt oft den Schizophrenen erkennen: die Einteilung auf dem Papier ist ganz bizarr; der Rand verrät die wechselnden Launen des Schreibers; bald ist er breit, bald fehlt er, bald befindet er sich links, bald rechts; der Brief wird unten an der Seite angefangen oder zu oberst unmittelbar unter dem Papieranfang. Namentlich Paranoide haben häufig die Gewohnheit, nirgends einen Rand zu lassen, das Papier vollständig auszufüllen. Dagegen schreibt ein Katatoniker auf ein ganzes Blatt:

Zürich, den 28. Juli 04

Mutter!

Schicke Zucker

A.[1]).

Die Schriftlinien gehen oft ganz schief oder in verschiedenen Richtungen über das Papier; dort wird ein Quadrat ausgefüllt, da eine Kreisfläche mit Worten umschrieben; allerlei mehr oder weniger sonderbare Figuren werden teils mit Schriftzügen gebildet, teils hinzugezeichnet. Das Blatt wird in verzwickt komplizierter Weise gefaltet, oft so, daß man sich verwundert, wie es dem Kranken trotz aller scheinbaren Regellosigkeit noch gelingt, die gewünschte Form und Größe herauszubringen.

Der katatonen Sonderbarkeiten in der Schrift sind Legion. Große und kleine Buchstaben werden ohne Regel gebraucht, die Majuskeln auch mitten in Worten; hinter jeden Vokal kommt „etwas wie ein h" (Pfister), Dialektausdrücke werden phonetisch geschrieben, so daß man sie nur mit großer Mühe entziffern kann („Pfrau" statt „die Frau"), „Nicht einmal" wird wiedergegeben: „nicht 1 ×". Die Orthographie wird überhaupt nach unzähligen Richtungen verändert. Ganz unmotiviert bricht eine Patientin ab „S—tein"; die Interpunktion fehlt durch lange Schriftstücke vollständig; nach jedem Wort kommt ein Komma; die Worte werden aneinander geschrieben. Auch ganz bedeutungslose Zahlen werden zuerst in Ziffern, dann in Worten ausgedrückt.

Die katatonen Eigentümlichkeiten der Stereotypie und der Manieren finden in der Schrift ihren in die Augen fallenden Ausdruck; schriftliche Verbigeration ist etwas sehr häufiges, und zwar werden nicht nur Wörter oder Sätze, sondern auch einzelne Buchstaben und namentlich Satzzeichen beliebig oft wiederholt, manchmal in ganz besonderer Anordnung oder gemischt mit Kreuzen, Kreisen, Dreiecken und anderen Figuren. Ein Hebephrene schrieb viele Jahre lang immer die gleichen Reihen von Zahlen, deren Nullen bis ans Ende der Zeile gingen. Die Manieren zeigen sich in affektierten und sonderbaren Buchstabenformen und allerlei Schnörkeln, die ebenfalls Neigung haben, stereotyp zu werden. Einzelne Kranke erfinden eine besondere Schrift (Kryptographie), die eine Karikatur bekannter Schriften oder eine ganz freie Erfindung sein kann.

Die Perseveration beeinflußt namentlich in akuten Stadien der Katatonie (speziell der „Benommenheit") nicht so selten die Schrift und betrifft sowohl Worte wie einzelne Buchstaben, die an unpassender Stelle sich wieder aufdrängen, („wieder wiede" statt „wieder werde"); ferner noch häufiger in den nämlichen Fällen die Kontamination durch spätere Wörter und Buchstaben, die der Schreiber schon im Sinne hat.

Auch Zusammenziehungen, wie „icht" statt „ich nicht", sind daselbst nicht selten. Hierzu gehört es wohl auch, wenn Worte und Buchstaben nicht fertig geschrieben oder ausgelassen werden („Wärtin"; „nih" statt „nicht"); immerhin können diese Störungen auch andere Ursachen haben, so namentlich in plötzlich auftretenden Sperrungen.

Auch das Graphologische im engeren Sinn ist oft — aber lange nicht in allen Fällen — so charakteristisch für die Schizophrenie, daß man daraus die

[1]) Im Original nur dieser Buchstabe, etwas geziert.

Diagnose machen kann. Schon Kraepelin (390, II., 564) hat in katatonischen Zuständen gefunden, daß die ganze Führung ungleich und gesetzlos sei; auch im Stupor kommen rasche und sogar, wenn auch seltener, kraftvolle Bewegungen vor. So sehen wir gemischt im gleichen Schriftstück kräftige und ganz kraftlose, große und kleine Züge, aufrechtstehende und sehr schiefe Schrift, flüchtige und sorgfältig gezeichnete Buchstaben; der gleiche Patient führt — oft auf der gleichen Seite — ganz verschiedene Handschriften[1]).

Als Ursache der Änderung läßt sich oft Wechsel des Komplexes im Ideengang nachweisen. Überhaupt zeichnen sich die Komplexstellen bei Schizophrenen durch viel markantere Zeichen (Unregelmäßigkeiten aller Art, Abweichungen von der Linie usw.) aus als bei Gesunden.

Wenn autistische Katatoniker, die den Zusammenhang mit der Außenwelt ganz verloren haben, zum Schreiben gedrängt werden, haben sie oft zunächst Schwierigkeiten, die Feder richtig in die Hand zu nehmen, dann ist es, wie wenn die Feder nicht richtig zeichnen würde. Gewöhnlich machen sie dann Züge in die Luft, schließlich bringen sie Striche aufs Papier, namentlich oft verschlungene Linien u. dgl. Hat man recht viel Geduld, so kann man sehen, wie sich aus diesen nach und nach Buchstaben entwickeln, die dann zunächst in unverständlicher Weise zusammengesetzt werden, schließlich aber ein, wenn nicht richtig, so doch verständlich geschriebenes Wort, eventuell sogar einen Satz bilden. Man kann meist nachträglich erkennen, daß Elemente des Wortes schon in dem zunächst unverstandenen Gekritzel enthalten waren. Die Schrift entwickelt sich also in ganz gleicher Weise wie automatisches Schreiben, nur meist rascher, schon in einer „Sitzung". Dafür geht das Errungene bis zum nächsten Versuch wieder vollständig verloren[2]).

ζ) Die körperlichen Symptome.

Die Schizophrenie hat eine Anzahl körperlicher Symptome, die zwar meist nicht sehr ausgesprochen, in manchen Fällen gar nicht zu finden sind, in ihrer Gesamtheit aber doch darauf hindeuten, daß der Krankheit eine tiefere Alteration des Gehirns oder gar des ganzen Körpers zugrunde liegt.

In akuten Zuständen trifft man psychische Symptome, die an Hirndruck erinnern. Auch von der körperlichen Seite lassen zitternde unsichere Bewegungen auf eine allgemeine gröbere Hirnstörung schließen. Nach Reichardt kommt ein im Verhältnis zum Schädel zu großes Hirngewicht und sogar Stauungspapille vor[3]). Auch die Pupillenstörungen müssen hier erwähnt werden.

Manchmal gleicht der Zustand des Körpers dem einer schweren Infektion. Namentlich in akuten Anfällen der Katatonie finden wir oft eine stark belegte Zunge, Appetitlosigkeit (auch ohne psychische Abneigung gegen Nahrungsaufnahme) und schlechte Assimilation der Nahrung. Der Kräfte- und Ernährungs-

---

[1]) Durch diesen Umstand ist z. B. die Forschung über Lenzens Gedichte an Friederike Brion erschwert worden.

[2]) In ganz analoger Weise spielen solche Patienten auf dem Klavier oft zunächst ein Chaos von Tönen, aus dem sich dann ganz allmählich Melodien herausheben.

[3]) Siehe auch unten, einerseits Tod an katatonischer Hirnlähmung, andererseits die katatonische „Benommenheit".

zustand sinkt rapid, und zwar ganz unabhängig von der motorischen Anstrengung; die Bewegungen werden zittrig. Manchmal, aber nicht immer, sind mit solchen Zuständen auch leichte, selten stärkere Temperaturerhöhungen verbunden.

Reichardt (S. 32) hat bei Stuporzuständen bis 5‰ Eiweiß im Urin gefunden. Geringere Quantitäten haben wir auch etwa bei verschiedenen katatonen Zuständen vorübergehend gesehen. Ob ein Zusammenhang des Symptoms mit der Psychose existiert, ist noch nicht zu entscheiden.

Das Körpergewicht zeigt namentlich bei den akuten Formen häufig ganz unregelmäßige und starke Schwankungen, für die man keinen Grund kennt[1]). Es galt von jeher als ein schlimmes prognostisches Zeichen einer akuten Psychose, wenn ein Kranker anfing stark zuzunehmen, ohne daß sein psychischer Zustand sich besserte; wir konstatieren also häufig ein auffallendes Stärkerwerden während des Abklingens akuter Zustände, und zwar in einzelnen Fällen um 25 Kilogramm und noch mehr über das Normalmaß des Kranken, so daß es sich nicht um eine einfache Ausgleichung des Verlustes durch die Aufregung handeln kann. Einzelne bleiben dann lange auf einem abnorm hohen Gewicht, andere gehen in wenigen Monaten wieder auf die Norm zurück. Ob diese Fälle eine schlimmere Prognose haben als die mit unauffälligeren Schwankungen, bleibt weiterer Forschung vorbehalten.

Manchmal schwankt das Gewicht zugleich mit dem psychischen Zustand, indem es namentlich bei Aufregungen ab- und bei Ruhe zunimmt.

Die meisten Kranken unserer Anstalten unterscheiden sich indes in Hinsicht auf das Körpergewicht nicht bemerkbar von den Gesunden; nur scheinen auch bei chronischen Zuständen die Schwankungen etwas häufiger und größer als in der Norm.

Das Körpergewicht geht durchaus nicht immer parallel der Nahrungsaufnahme; namentlich in akuten Zuständen kann bei ganz reichlicher oder doch genügender Aufnahme der Kranke extrem abmagern, ja an Inanition zugrunde gehen, wie Rosenfeld (629) beobachtet hat. Umgekehrt bleiben manche Kranke trotz ganz geringer Nahrungsaufnahme sogar bei starker motorischer Aufregung merkwürdig gut bei Kräften. Beim gleichen Patienten kann sich eine Zeitlang das Körpergewicht umgekehrt verhalten wie die Nahrungsaufnahme.

Nicht zu verwechseln mit den Schwankungen im Ernährungszustand sind die unregelmäßigen Oszillationen des Körpergewichtes, die oft innerhalb eines oder weniger Tage eintreten und, wie Rosenfeld nachgewiesen hat, einfach auf ungleicher Wasserretention beruhen. Sie scheinen gar nicht selten zu sein und können mehrere Pfund betragen.

Appetitlosigkeit ist häufig vorhanden, in akuten Zuständen oft begleitet von den Symptomen eines „Magenkatarrhs" oder einer gastrischen Infektion (belegte Zunge, fauliger Geruch, manchmal, aber nicht regelmäßig, leichte Temperaturerhöhungen), in chronischen mehr ohne solche Begleiterscheinungen. Abwechselnd mit der Anorexie oder auch allein kann Heiß-

[1]) Die Abnahme des Körpergewichtes „im Anfang der Krankheit" ist wenigstens, so weit es sich um größere Differenzen handelt, gewiß nicht die Regel. Man hat wohl die akuten Zustände, um derentwillen die Patienten in die Anstalten kommen, für den Anfang der Krankheit gehalten.

hunger vorkommen, bald in Anfällen, bald als chronischer Zustand. Solche Vielesser erreichen nur selten ein entsprechendes Körpergewicht.

Über die Absonderung der Verdauungssäfte wissen wir noch recht wenig. Unzweifelhaft ist die Tätigkeit der Drüsen des Magendarmkanals meist nicht gestört. Doch gibt es Ausnahmen. So finden wir dann und wann Ptyalismus, und zwar gelegentlich ganz hochgradigen; ich habe in einem Fall im Laufe von je einem Tage mehrfach bis drei Liter herausgegebenen Speichels gemessen, und das dauerte monatelang und wiederholte sich nach einigen Jahren[1]). Einzelne Kranke klagen auch über Trockenheit im Munde, die in der Regel nach Wochen oder Monaten wieder vergeht.

Nach Leubuscher und Ziehen soll bei Katatonie und Stupor Neigung zu Hyperchlorhydrie, bei erworbenem Schwachsinn Tendenz zu Hypochlorhydrie und bei akuten paranoiden Zuständen normale Azidität bestehen. Wir haben noch keinen Grund, aus diesen Angaben, die wohl der Nachuntersuchung bedürfen, den Schluß zu ziehen, daß die genannten Krankheitserscheinungen prinzipiell verschieden seien (vgl. auch Mayr, 460).

Wie bei anderen Psychosen ist die Nahrungsaufnahme sowie die Tätigkeit des Darmes auch bei der Schizophrenie im höchsten Grad abhängig von psychischen Faktoren; Vergiftungswahn, Negativismus, Autismus, Aufregung usw. verhindern oder erschweren die Nahrungsaufnahme vielfach, die indes bei der Wandelbarkeit dieser Zustände zwischendurch wieder bis zur Bulimie sich steigern kann. Bei keiner Geisteskrankheit kommt volle Nahrungsverweigerung so häufig und so andauernd vor, wie bei der Schizophrenie. Namentlich bei katatonischen Zuständen höheren Grades ist mehr oder weniger konsequente Abstinenz die Regel. Eine unserer Kranken konnte 16 Jahre lang, d. h. bis zu ihrem Tode, nur mit der Sonde ernährt werden.

Darmtätigkeit. Manche Kranke scheinen den Stuhl absichtlich zurückzuhalten, aus den verschiedensten Gründen. Andere wieder entleeren den Darm viel mehr als nötig, teils weil sie das Material zum Schmieren brauchen, teils infolge von Wahnideen, teils aus uns noch unbekannten Gründen. Eine primäre Atonie des Darmes scheint aber namentlich bei katatonen Zuständen wirklich vorzukommen.

Masselon (S. 81) erwähnt unter den schizophrenen Symptomen den Merycismus, der aber auch eine mehr zufällige Begleiterscheinung sein kann.

Mehr Untersuchungen sind gemacht worden über den Stoffwechsel, soweit er sich in der Zusammensetzung des Harns ergibt; zu einem faßbaren Resultat haben sie aber noch nicht geführt. Es scheint, daß in den chronischen Zuständen der Harn im großen und ganzen nicht abnorm sei. Während der akuten Zustände und der Schübe der Krankheit muß seine Zusammensetzung natürlich in weiten Grenzen schwanken, schon wegen der unregelmäßigen Nahrungsaufnahme und Kraftausgabe der Kranken, wegen des Zustandes der Verdauungsorgane usw. Es ist deshalb selbstverständlich, daß man da manche Abweichungen findet; man muß sich aber sehr hüten, sie der Krankheit als solcher zuzuschreiben.

---

[1]) Nicht zu verwechseln ist der Ptyalismus mit der Eigentümlichkeit mancher Katatoniker, den Speichel nicht zu schlucken, sondern so lange als möglich im Munde zu behalten oder ausfließen zu lassen.

Nach d'Ormea und Maggioto ist die Ausscheidung der Erdmetalle, namentlich Magnesia, etwas verringert, am stärksten bei der Katatonie, weniger bei der Hebephrenie und beim Paranoid. Auch soll die Azidität des Urins geringer sein. — Dide und Chénais haben bei Dementia praecox gefunden: Urinmenge etwas vermindert; Harnstoff deutlich vermindert; Phosphate unverändert; Chloride deutlich vermehrt; Eiweiß findet sich selten; Urobilin selten nachweisbar. Die Befunde sind aber sicher nicht zu verallgemeinern.

Zucker im Urin scheint keine Rolle zu spielen, nach d'Ormea soll im Gegenteil die Menge der reduzierenden Substanzen im Urin geringer sein als beim Normalen; dagegen scheint manchmal in delirösen Zuständen, die wir zur Schizophrenie zählen würden, etwas Eiweiß vorzukommen (vgl. auch oben Eiweiß im Stupor).

Die Quantität des Urins scheint in den chronischen Zuständen im normalen Verhältnis zur Nahrungs- und Wasseraufnahme zu sein. Bei Schüben aber können große Unregelmäßigkeiten vorkommen. Die Kranken entleeren bald große Mengen von Urin, bald ist Oligurie vorhanden; ja zweitägige vollständige Anurie habe ich bei einem katatonischen Mädchen konstatiert (mit Hilfe des Katheters). Da sind die raschen Schwankungen des Körpergewichtes nicht verwunderlich. Arndt (23) fand bei einem Kranken mit jedesmaligem Eintreten der Katalepsie Salivation und Polyurie.

Bewußte Urinretention ist ebenfalls sehr häufig; sie verlangt aber selten ein Eingreifen.

Blutuntersuchungen mit genügender Berücksichtigung nicht nur der systematischen Stellung der Fälle, sondern auch des früheren Befindens, des momentanen Zustandsbildes, der Lebensweise usw., liegen noch nicht vor. Aus den bisherigen Angaben läßt sich nichts Sicheres schließen, was zur Kenntnis unserer Krankheit beitragen könnte.

Kahlbaum (346, S. 52) fand bei seinen Fällen von Katatonie fast konstant hochgradige Oligämie oder Chlorose. Andere allerdings, wie Tschisch, fanden einen besonders guten Ernährungszustand, wozu die Blutbeschaffenheit auch gehört. Nach meinen Erfahrungen, die sich nicht auf Untersuchungen mit Meßinstrumenten stützen, verhalten sich die Schizophrenen in dieser Beziehung wie andere Leute. — Whitmore Steele will bei seinen Melancholischen, zu denen er natürlich auch deprimierte Schizophrene zählt, zu wenig rote Blutkörperchen und zu wenig Hämoglobin gefunden haben (letzteres im Durchschnitt 71%), während Schultz (681) bei Katatonie „eine gewisse Tendenz die Erythrozytenzahl des in den Hauptgefäßen befindlichen Blutes herabzusetzen" und nahezu normalen Hämoglobingehalt wahrscheinlich macht. Vorster fand das spezifische Gewicht und den Hämoglobingehalt zu niedrig bei Melancholia attonita und akutem Wahnsinn, aber auch bei anderen akuten Psychosen. — Pighini und Paoli wollen juvenile Formen der roten Blutkörperchen (Vergrößerung und Nabel) gefunden haben (vgl. aber Muggia). — Obici und Bonon sowie Agostini haben wie bei anderen Geisteskranken so auch bei Dementia praecox (namentlich im Beginn) Herabsetzung der Isotonie der Blutkörperchen beobachtet. Die Alkalinität ist nach Pugh bei den chronischen Fällen, zu denen die Schizophrenie in erster Linie zählt, und nach Schultz bei der Katatonie nicht verändert. Nach Bruce soll das Blut bei Katatonie und akuter Manie schwerer koagulieren. Es ist auffallend, daß sich das bei den häufigen Verletzungen und Operationen nicht bemerkbar macht.

Beachtung verdienen vor allem die Untersuchungen über das Verhalten der weißen Blutkörperchen, wo sichere Anomalien konstatiert worden sind. Na-

mentlich Bruce stützt darauf seine Theorie des infektiösen Ursprungs von Krankheiten, die wir zum größten Teil als akute Zustände der Schizophrenie bezeichnen würden. Seine Untersuchungen bedürfen allerdings noch der sorgfältigen Nachprüfung.

Es ist indes für uns unmöglich, seine Studien kurz zu resümieren, weil er sie auf eine ganz andere Einteilung der Psychosen aufbaut. Wesentlich ist etwa folgendes: In akuten Anfällen von gewissen Krankheiten steigt die Zahl der weißen Blutkörperchen bis auf das Doppelte; am meisten in den Fällen, die gut ausgehen, viel weniger in den andern. Die „polymorphonuklearen" Zellen werden in den gutartigen Fällen etwas stärker vermehrt als die andern, während ihre Prozentzahl in den schlecht ausgehenden Fällen bis auf ein Drittel des Normalen sinkt. Nach Heilung besteht die Leukozytose fort, aber das Verhältnis der polymorphonuklearen zu den andern weißen Blutkörperchen geht auf die Norm zurück, während es bei den ungünstigen Fällen jahrelang unter der Norm bleibt. Bei Exazerbationen heben sich beide Zahlen vorübergehend.[1])

Neuestens hat Heilemann[2]) bei 24 Fällen verschiedener Formen von Dementia praecox deutliche und regelmäßige Abnahme der polynukleären Blutkörperchen bei Zunahme aller andern Formen der Leukozyteen gefunden.

Vielleicht am auffallendsten ist, unabhängig von den psychischen Zuständen, die Tätigkeit des Herzens und der Gefäße alteriert. Der Puls ist auch in ruhigen Zeiten oft sehr wechselnd, ohne daß man weder in Schwankungen der Temperatur (Moravcsik, Pighini) noch der Affekte eine Erklärung finden könnte, in akuten Perioden kann er große, ganz plötzliche Sprünge machen. Bei einem Paranoiden, der allerdings später katatone Symptome bekam, wechselte der Puls während einer einzigen Beobachtung mehrmals von einem Augenblick zum andern, z. B. von 80 auf 130, ohne daß der Grund klar geworden wäre. Bei einer leicht Stuporösen war er mal einige Stunden auf 140, während er sonst in normalen Grenzen sich bewegte. Unter psychischen Einflüssen kann der Puls wechseln, auch wenn man den Patienten sonst nichts anmerkt. Die Pulsveränderung kann das einzige Indizium psychischer Tätigkeit sein. Bei einer Katatonischen in komplettem Stupor sprang der Puls von 85 auf 134 in dem Momente, da der Arzt eintrat. Über Herzklopfen wird bei solchen Unregelmäßigkeiten weniger geklagt, als man erwarten könnte.

Der Vasomotorius ist stark alteriert. In katatonen Zuständen sind Livor und Zyanose recht häufig, namentlich an Füßen und Händen, aber auch in anderen Hautgebieten. Oft wechseln diese Stauungen sehr rasch. Eine unserer Katatonikerinnen z. B. hatte vormittags ganz kalte Hände; mittags sind Hände, untere Hälfte des Unterarmes und Kopf stark gerötet und erhitzt; dann hatte sie wieder heiße Hände, kalten Kopf und kalte Füße; dann Kopf heiß und Hände kalt usw., alles ohne Veränderung der Körpertemperatur. Bei einer andern waren oft objektiv und subjektiv die Extremitäten und der Bauch ganz kalt. Die Zyanose ist nicht bloß eine Folge des Nichtbewegens der Extremitäten, wenn sie auch bei starren Kranken im ganzen häufiger und stärker ist als bei anderen. Sie ist aber in einzelnen Fällen außer allem Verhältnis zur Unbeweglichkeit. Es kann sogar vorkommen, daß ein Patient nur bei der Arbeit

[1]) Vgl. auch Sandri.

[2]) Heilemann, Bluntuntersuchungen bei Dementia praecox. A. Zeitschrift für Psychiatrie, 67. Band, 1910, S. 415.

Zyanose der Hände bekommt und deshalb nur einen Teil des Tages arbeiten kann. Vorübergehendes Erröten oder Erblassen nicht nur des Gesichtes, sondern auch anderer Hautstellen ist nicht selten.

Als Zeichen einer abnormen Erregungsfähigkeit des Vasomotorius besteht häufig ein geringer Grad von Dermographie: starke Rötung auf leichte Reize; bis zur Quaddelbildung kommt es nicht oft, doch läßt sich auch das etwa beobachten.

Über die Spannungsverhältnisse im Gefäßsystem wissen wir noch nichts Allgemeines. Es wäre aber sehr wichtig, dieselben zu untersuchen im Hinblick darauf, daß sie uns gewiß sehr häufig Aufschluß geben könnten über das Verhältnis der Kranken zu gewissen Komplexen.

Nach Pighini soll die sphygmographische Kurve bei Dementia praecox niedriger sein als bei Gesunden; die Elastizitätsschwankungen wären besonders stark, und die Sekundärelevation soll auf ein Minimum reduziert sein, alles Zeichen vermehrter Spannung der Gefäße.

Der Blutdruck soll im katatonischen Stupor erhöht sein (Stoddart).

Meist wird die große Neigung zu Ödemen in Zusammenhang gebracht mit der Blutstauung. Sie muß aber noch andere Ursachen haben. Wir finden oft Ödeme ohne nachweisbare Stauung, und umgekehrt hochgradige Stauung ohne Ödeme. Daß Kranke, die jahrzehntelang nur herumstehen, oft Ödeme der Knöchelgegend und eventuell der Beine bekommen, scheint nach unseren pathologischen Anschauungen leicht verständlich; weniger vielleicht der Umstand, daß manche andere Patienten bei gleichem Verhalten ohne Ödeme bleiben. Überhaupt sind auch die Ödeme in hohem Grade unabhängig von Stauung und Verhalten. Man findet sie auch an Stellen, wo Stauungserscheinungen selten sind, so namentlich unter den Augen. Kraepelin spricht da von myxödematösen Verdickungen[1]), auch die Knöchelödeme sind etwa wie Myxödem anzufühlen; Druck hinterläßt manchmal kaum eine Delle. Wir haben aber doch keinen Grund, sie dazuzuzählen. Sie verschwinden und kommen oft viel rascher als Myxödem. Bei einer körperlich sehr kräftigen Patientin mit beginnender ganz leichter Schizophrenie bestanden Ödeme an den Oberschenkeln, die im Laufe eines Tages stark an Intensität variierten. — Urinuntersuchungen bei solchen Kranken geben keine Erklärung. — Stärkere Ödeme können unter Umständen die Bewegungen schmerzhaft machen, wahrscheinlich durch die Spannung.

Wie die Ödeme lassen sich bei Schizophrenie noch andere Störungen des Trophismus finden, die man mit dem Vasomotorius in Verbindung bringen kann. Die Neigung zu Frostbeulen ist bei ihnen größer als bei Gesunden; man kann Pernionen bei uns gelegentlich in kühleren Vorsommern sehen. Auch die Neigung zu Dekubitus muß erwähnt werden, obschon sie sehr selten ist. Ich habe aber u. a. eine sehr kräftige junge Katatonika, die reinlich war, ohne äußere Ursache in 24 Stunden an Dekubitus erkranken sehen[2]).

Wunden heilen meist auffallend gut, außer in den akuten Verwirrtheits-

[1]) Trépsat (771) glaubt, das „Pseudoödem", wie Dide es genannt hat, sei in fast allen Fällen zu konstatieren, wenn man die Kranken nur genügend lang beobachten könne. — Fuhrmann meint das Gesichtsödem sei noch nicht beschrieben, nennt es Pachydermia facialis. — Engländer nennen die glänzende Beschaffenheit der etwas sukkulenten und (durch Mangel an Bewegung?) überhaupt faltenlosen Haut: varnished skin.

[2]) Trépsat beschreibt bei katatonisch Dementen je einen Pemphigus und ein Ulcus am Unterschenkel und schreibt diese Affektion trophischen Störungen zu. Ob aber ein Zusammenhang mit der Psychose anzunehmen sei, ist doch fraglich.

zuständen, wo das Gegenteil der Fall ist; die Neigung zu Infektionen ist keine große, auch ist die Vernarbung im ganzen eine günstige.

Auf eine wirkliche Erkrankung der Gefäße scheint die bei vielen Schizophrenen im akuten wie in chronischen Stadien vorkommende Gefäßbrüchigkeit zu deuten. Manche dieser Kranken — namentlich, aber nicht ausschließlich, Katatoniker — können bei alltäglichen Traumen, bei verhältnismäßig sanftem Anfassen, wie es zu vielen Dienstleistungen notwendig ist, Blutungen unter die Haut bekommen. Auch Blutungen in die Konjunktiva, die z. B. dann entstehen, wenn die Kranken sich selbst in gewöhnlicher Weise waschen, scheinen bedeutend häufiger als bei Gesunden. Othämatom ist gar nicht immer Folge eines Traumas von anderer Seite, wie ich in manchen Fällen sicher konstatiert habe. In einem Falle entstand es auch durch eigenhändiges Waschen; in einem andern hat der Patient der Stimmen wegen beständig auf das Ohr gedrückt und so die Blutung provoziert. Die Neigung zu Blutungen kann ganz vorübergehend sein oder längere Zeit anhalten. Ich konnte sie bei keinem Falle dauernd konstatieren. Tod an Gehirnblutung scheint nicht besonders häufig.

Störungen der Schweißsekretion gehören nicht zum gewöhnlichen Bilde, sind aber doch bei den verschiedenen Formen gar nicht selten. Hemmung dieser Funktion ist bei der großen Breite ihrer physiologischen Schwankungen schwer zu konstatieren; es fällt höchstens etwa auf, daß sich die Kranken in die größte Sonnenhitze legen, ohne zu schwitzen. Abnorm starke Schweißsekretion ist dagegen häufig, manchmal im Anschluß an psychische Erregungen, manchmal im Zusammenhang mit Anfällen, namentlich solchen, die sexuelle Erregungen vertreten, manchmal auch ohne bekannte Ursache. Eine Katatonikerin onanierte viele Wochen lang ganz krampfhaft durch Übereinanderdrücken der Oberschenkel, wobei sie so schwitzte, daß der Leinenverbrauch zur Kalamität wurde. Eine andere Katatonische bekam jedesmal eine halbe Stunde nach der (widerstandslosen) Sondenfütterung einen starken Schweißausbruch.

Noch häufiger als bei anderen nervösen Leuten sehen wir lokalisierte Schweiße, die eine beliebige Körpergegend betreffen können. Dann und wann sind sie halbseitig. Wahrscheinlich hängen ein Teil dieser Erscheinungen mit Komplexen zusammen, sicher aber mit psychischen Erregungen.

Hoche (309, S. 231) erwähnt auch starke Absonderung der Talgdrüsen.

Von anderen trophischen Störungen mögen noch erwähnt werden die Osteomalazie und die Knochenbrüchigkeit, die oft bei alten Anstaltsinsassen beobachtet worden sind. Man hat sie mit dem psychischen Zustand in Zusammenhang gebracht (Haberkant), ohne sichere Beweise dafür zu bringen. Vielleicht handelt es sich um Einflüsse ungünstiger hygienischer Verhältnisse, die wir allerdings nicht kennen. In Rheinau trat die Osteomalazie bei Männern und Frauen auf, die zu wenig ins Freie kamen, wobei sie sich nicht an die Art der Psychose hielt. Sogar eine Oberwärterin erkrankte daran, weil sie sich zu wenig Ausgänge gönnte. Durch Aufenthalt im Freien konnte die Krankheit geheilt werden, nicht aber durch andere gebräuchliche Behandlung.

Mit der Knochenbrüchigkeit, die von der Osteomalazie zu unterscheiden ist, kann es sich ähnlich verhalten.

Es mag ferner der seinerzeit von Forel (229 a) publizierte Fall einer Katatonika angeführt werden, deren Haare während der depressiven Affekte im Beginn der Krankheit grau wurden, nach Änderung des psychischen Zustandes aber wieder die schwarze Farbe annahmen[1]). — Bertschinger erwähnt (S. 303) eine Kranke,

[1]) Ähnlicher Fall bei Urstein, S. 59.

die etwa halbjährlich die Haarfarbe zwischen dunkel-kastanienbraun und hellgelb wechselte. — Bei einer unserer Kranken waren die Haare eine Zeitlang in der Aufregung kraus, in der Remission glatt.

Die Abnormitäten der Atmung sind sehr schwer zu studieren, weil der psychische Faktor nicht auszuschließen ist. Katatoniker atmen oft sehr oberflächlich. Gelegentlich werden bestimmte Rhythmen innegehalten. So blieb eine unserer Katatonikerinnen jeweilen einige Sekunden ganz ohne Atmung; dann seufzte sie plötzlich sehr tief, dann atmete sie ganz oberflächlich und schließlich eine Zeitlang wieder gar nicht mehr usw.

Die Beobachtung der Atmung ist nichtsdestoweniger bei der Untersuchung wichtig, weil Veränderungen derselben eines der feinsten Indizien für Affektänderungen sind; namentlich, wenn durch eine Bemerkung ein Komplex getroffen wird, macht sich das sehr oft an der Atmung bemerkbar.

Die Menstruation ist im akuten Stadium vielleicht in der Mehrzahl der Fälle gestört, namentlich setzt sie aus oder wird auch spärlich. Sie kann aber auch noch im chronischen Stadium viele Monate bis mehrere Jahre zessieren.

Zu häufige Menstruation scheint auch etwa mit der Psychose zusammenzuhängen. Menorrhagien aber werden in der Regel durch Genitalerkrankungen bedingt sein. Subjektive Menstruationsbeschwerden scheinen sehr viel seltener als bei gesunden Frauen, offenbar weil die Gleichgültigkeit diesbezügliche Autosuggestion verhindert.

Bei Männern ist Impotenz und Herabsetzung des Geschlechtstriebes häufig.

Die Temperatur ist in den chronischen Zuständen meist normal. Gelegentlich kommen kleinere Schwankungen vor, merkwürdigerweise eher unter die Norm als nach oben; das Thermometer kann bis auf 34,0° heruntergehen. In Stuporzuständen ist die Temperatur meist an den unteren Grenzen der Norm. Erhöhungen kann man oft durch irgendwelche Komplikationen erklären (Magen-Darm-Störung, Kontusionen, Verstopfung usw.[1]).

Die Tagesschwankungen sollen unregelmäßig sein, namentlich soll Typus inversus vorkommen (letzteres ist auch bei anderen Geisteskranken, z. B. Melancholie, nicht selten).

Der Schlaf ist wie bei allen anderen Psychosen während akuter Erregungen regelmäßig gestört. Immerhin kann es vorkommen, daß ein Kranker am Tage sehr erregt scheint, klagt, lärmt und dabei die ganze Nacht schläft. Im chronischen Stadium ist der Schlaf meist genügend, wenn nicht halluzinatorische Zustände ihn stören. Viele Schizophrene in den Anstalten schlafen ruhig weiter im größten Lärm. Andere wieder befinden sich ganz gut, trotzdem sie monatelang sehr unregelmäßig, meist zu wenig, schlafen.

Während akuter Schübe, selten in chronischen Zuständen, besteht oft Schlafsucht, so daß die Patienten einen großen Teil des Tages und die ganze Nacht schlafen, ja bei der Arbeit einschlafen. Manchmal ist die Schlafsucht das einzige Zeichen des Schubes, so bei einer Hebephrenischen, die von Zeit zu Zeit Schlafsuchtperioden hatte. Einer unserer Patienten erkrankte zur Zeit

[1]) „Deny et E. Roy signalent enfin l'existence de poussées fébriles éphémères qui passent assez souvent inaperçues" (Masselon 457, S. 27).

des Apothekerfachexamens, das er gut bestand, an Schlafsucht; er führte dann mit Erfolg eine Apotheke; mit 28 Jahren trat wieder Schlafsucht ein, an die sich Depression und Menschenscheu anschloß; 33 jährig „Neurasthenie", die ihn veranlaßte, den Beruf aufzugeben; 35jährig verwirrtes Paranoid in mehreren Anfällen, geringe Verblödung.

Auch der Schlaf steht unter direkten psychischen Einflüssen. Viele Kranke wollen nicht schlafen, weil sie wissen möchten, was in der Nacht vorgeht, oder weil sie sich fürchten, sie könnten im Schlaf irgendwie vergewaltigt werden.

Äußerst verschieden sind die „Ermüdungserscheinungen". Viele Schizophrene ermüden kaum. Sie klettern Tag und Nacht herum und lärmen, arbeiten anhaltend, ohne daß man etwas von Ermüdung bemerkt. Bei Katalepsie fehlt das Ermüdungsgefühl oft ganz. Andere haben ungefähr das normale Ruhebedürfnis. Wieder andere ermüden körperlich und geistig sehr leicht, namentlich solange die Krankheit im Fortschreiten begriffen ist. Viele sind geradezu beständig müde (meist ohne Schlafsucht). Jede Bewegung macht ihnen Mühe und ist eine Anstrengung für sie; ebenso manchmal das Denken. Sie können deshalb nicht arbeiten, auch wenn sie wollen; sie empfinden es als eine große Zumutung, wenn man von ihnen nur verlangt, daß sie aufstehen; ihr Alter anzugeben, ist für viele schon eine Arbeit, der sie sich bewußt oder unbewußt gerne entziehen, indem sie in den Tag hinein oder gar nicht antworten. Manche spüren die Denkarbeit ihrer Komplexe, der sie sich nicht entziehen können, als eine Anstrengung; sie beklagen sich dann manchmal allen Ernstes, daß sie so viel arbeiten müßten, und können nicht verstehen, daß man sie für Müßiggänger ansieht.

Etwas anderes ist es, wenn die Kranken erst während der zu leistenden Arbeit abnorm rasch ermüden; das kommt weniger häufig vor. Doch haben wir schon während der Aufnahme von 100 Assoziationen Ermüdungserscheinungen konstatieren können.

Gewöhnlich verhält es sich so, daß die Kranken, die nicht von vornherein sich ermüdet fühlen, durch eine Untersuchung nicht merkbar angestrengt werden, auch wenn diese viele Stunden in Anspruch nimmt. Es ist das ein oft recht frappanter Unterschied gegen andere Psychosen, namentlich die organischen.

Von reinen (nicht psychisch bedingten) motorischen Symptomen sind eigentlich nur zwei sicher nachgewiesen, die Zuckungen und die Verstärkung der idiomuskulären Kontraktion. Letztere fehlt selten und ist in vielen Fällen so deutlich, daß bei leichter Perkussion die Faserbündel des Pectoralis major, die unter dem Plessimeter liegen, sich als lange Wülste von der Umgebung abheben.

Untersuchung des Rückenmarkes solcher Fälle hat mir auch in den höchsten Graden keinen pathologischen Befund ergeben, allerdings mit den Methoden, die vor 20 Jahren üblich waren. — Bernstein fand die idiomuskuläre Kontraktion bei Dementia praecox in 95·7% der Fälle; bei Paralyse in 90%, bei Manisch-Depressiven in 11·9%; bei Gesunden meist nur in der Pubertätsperiode.

Nach Curschmann (148) soll die idiomuskuläre Kontraktion ein Zeichen einer Vergiftung sein, die durch Wasserverarmung der Gewebe begünstigt werde und namentlich bei hochgradigen Ernährungsstörungen vorkomme. Damit verbunden sei meist eine abnorme mechanische und wahrscheinlich auch elektrische

Nervenerregbarkeit. Curschmann fand wie Gatz das Symptom häufiger bei Männern als bei Frauen (vgl. auch Rudolphson.)

Fibrilläre Zuckungen fallen namentlich in der Gesichtsmuskulatur auf, wo das „Wetterleuchten" schon längst als Zeichen einer chronisch werdenden Krankheit galt. Seltener sind Zuckungen einzelner Muskeln oder gar ganzer Gliedmaßen.

Vielleicht deutet auch auf eine Vergiftung des motorischen Apparates das sehr häufige Zittern, das sich auch bei vielen ganz „abgelaufenen" Fällen nachweisen läßt. Es handelt sich hier meist um ziemlich regelmäßigen und feinschlägigen Tremor, der im ganzen unabhängig ist von dem Zustand der Psyche. Selbstverständlich kann aber wie bei allen nervösen Leuten Tremor infolge psychischer Erregung hinzukommen; dieses Plus ist dann meist grobschlägig und unregelmäßig und bildet als Signal für unbewußte und bewußte Gemütserregung ein gutes Komplexzeichen.

Bei manchen Beobachtern nehmen allerdings motorische Symptome einen wichtigen Platz in der Symptomatologie ein; haben doch als rein motorisch aufgefaßte Spannungszustände der zuerst erkannten Gruppe der Schizophrenie der Katatonie den Namen gegeben[1]). Die Wernickesche Schule und einzelne Franzosen nehmen auch jetzt noch Störungen der Motilität im engeren Sinne an, und Schuele setzt einen Teil der Motilitätssymptome in tiefere Partien der Zentralorgane. Man hat sich sogar vorgestellt, daß einzelne Muskelgruppen allein oder doch vorzugsweise affiziert seien. Obgleich die Beobachtungen, auf die sich solche Ansichten stützen, etwas Alltägliches sind, konnte ich mich doch nicht von deren Richtigkeit überzeugen. Es ist ja möglich, daß solche Erscheinungen vorkommen; es ist auch denkbar, daß sich die allgemeine Dissoziation einmal in Wernickes Bahn zu fühlbar macht, aber nachgewiesen ist beides noch nicht. Leute, die sich nicht aufsetzen „können", vermögen auf irgend einen psychischen Reiz hin auf einmal beliebige komplizierte und kraftvolle, richtig koordinierte Lokomotionen zu machen.

Abgesehen von anderen Möglichkeiten, ist, bevor man die psychische Genese ausschließen kann, namentlich Negativismus (und Hyoszinwirkung?) zu eliminieren. Sogar die apraxieähnlichen Symptome können Ausdruck einer psychischen Allgemeinstörung sein. Wenn sehr oft die Bewegungen der Kranken etwas Unsicheres haben, so kann das eine Folge der Ziellosigkeit des Handelns überhaupt wie der einzelnen Bewegungen sein.

Namentlich der Gang ist oft auffallend. Schon das Zusammenspiel der Arm- und Beinbewegungen ist oft gestört, manche Kranke halten auch die Arme beim Gehen steif. Besonders wichtig aber ist, daß oft die Füße zeitlich wie räumlich ganz unregelmäßig gesetzt werden.

Auf der Frauenseite in Rheinau bewegten sich viele Kranke frei in einem großen Garten mit viel Gesträuch, das aber unten zurechtgeschnitten war, um die Durchsicht zu ermöglichen. Man sah also von gewissen Stellen aus sehr viele Kranke nur bis zur Höhe der Knie. Man konnte bei vielen die Diagnose aus dem irrlichtartigen Gange machen, der seine Eigentümlichkeit auch dann nicht verlor, wenn die Patienten auf ein bestimmtes Ziel losgingen. — Mönkemöller und Kaplan haben die Fußspuren zu fixieren versucht und dabei die räumliche Unregelmäßigkeit

[1]) Vgl. unten, Abschnitt „Katalepsie".

des Ganges bei zwei Katatonikern graphisch festgehalten. Ganz ähnlich fand Groß (390, II., S. 566) beim Schreiben einen gestörten in Unordnung geratenen Rhythmus.

Moravcsik fand in allen Fällen von untersuchten Katatonikern Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit mit langsamen trägen Zuckungen. Leider sagt das Referat nicht, auf welche Stromart und ob bei der Reizung der Nerven oder des Muskels. — Ostermayer fand die galvanische Erregbarkeit der motorischen Nerven vermindert, aber ohne qualitative Veränderung.

Organische Lähmungen werden als Teilsymptome der Schizophrenie kaum vorkommen. Dagegen habe ich psychogene („hysterische") Lähmungen dann und wann gesehen, oft von großer Hartnäckigkeit. Astasie und Abasie kommt ebenfalls vor. Eine Patientin konnte mehrere Stunden lang die Augen nicht aufmachen. Nicht prinzipiell verschieden davon sind die allgemeinen oder lokalisierten Lähmungen durch Sperrungen. Sehr selten sind hysteriforme Kontrakturen.

Von den Reflexen sind, wie bei den meisten Psychosen, die Hautreflexe so schwer unabhängig von der Psyche zu prüfen, daß wir nichts Bestimmtes darüber wissen. Séglas (in Ballet, S. 109) schreibt, die Haut- und Schleimhautreflexe seien in den sekundären Blödsinnsformen abgeschwächt. Nach Maillard (Soc. de Psychiatr. Paris 16./XII. 1909. Neur. C. Bl. 10. 623) fehlt der Plantarreflex bei 75% der Fälle von Dementia praecox (bei andern Psychosen in 41%). Steigerung der Patellarreflexe plus Fehlen des Plantarreflexes kommt bei der Dementia praecox in 70% vor, bei anderen Psychosen in 15%. Daß der Pharynx- und überhaupt jeder Würgreflex häufig in frischen wie in alten Fällen fehlt, ist jedem Praktiker bekannt. Tränen und Rötung der Wange können Erhaltensein der Empfindlichkeit beweisen, während in anderen Fällen intensive Berührung des Pharynx und sogar der Bronchialschleimhaut keine unangenehmen Empfindungen auslöst. Phthise, die bis zum Tode ohne Husten verläuft, kann vorkommen.

Der Konjunktival-, ja der Kornealreflex fehlen unter Umständen ebenfalls vollständig, aber, so weit ich gesehen, nur in Fällen schwerer Katatonie. Regelmäßig sind, wie überall, wo das Großhirn in seiner Kontrolle nachläßt, die tiefen Reflexe, die der Sehnen und Knochen, gesteigert. Manchmal erhält man an der Patella eine klonusartige Serie von Zuckungen; manchmal gibt sich die Steigerung auch darin zu erkennen, daß die beginnende Streckung die Flexoren reizt, so daß der Unterschenkel federartig zurückgeschnellt wird. Häufig dehnt sich die Zuckung auf eine größere Anzahl von Muskeln aus, so beim Patellarreflex auf den andern Oberschenkel; in einem unserer Fälle zuckte bei Beklopfen des Kieferwinkels die ganze gleichseitige Kopf-, Hals- und Brustmuskulatur. Auch einseitige Steigerung der Sehnenreflexe soll der Schizophrenie angehören (Kleist 366, S. 76).

Mit dem Tonus der Muskulatur hängt die Verstärkung der Sehnenreflexe nicht zusammen. Ich erinnere mich einer frischen (leichtgradigen) Katatonie, die eine enorme Schlaffheit der Muskulatur hatte; dennoch waren die Sehnenreflexe verstärkt.

In einem einzigen Falle fand ich die Sehnenreflexe abgeschwächt, ohne daß ein Versuchsfehler zu konstatieren war. Kleist (S. 43) sah herabgesetzte Sehnenreflexe bei Hypotonie.

Vielfach und mit Erfolg studiert sind die Pupillenreflexe. Die Piltzsche Lidschlußreaktion wird in etwa der Hälfte der Fälle vorkommen. Bumke und Huebner haben nachgewiesen, daß die Pupillenunruhe, die Erweiterung bei Anspannung der Aufmerksamkeit, bei Erschrecken usw., sowie bei sensibeln Reizen (namentlich unangenehmen) bei der Schizophrenie sehr häufig fehlen. Bumke glaubt annehmen zu dürfen, daß dies auf der Höhe eines katatonischen Zustandes ein regelmäßiges Verhalten sei, während der zweite Autor bei 75% seiner Schizophrenen psychische und sensible Reaktion vermißte, bei 8% aber sicher konstatieren konnte. Die Verhältniszahlen haben aber noch wenig Wert, da die Art der Untersuchung, das Instrument, die Stärke der Beleuchtung und dann die systematische Auffassung der Krankheiten starke Unterschiede bedingen müssen (vgl. Wassermeyer). Sicher ist aber, daß die psychischen Reflexe nirgends so oft fehlen oder abgeschwächt sind wie bei der Schizophrenie[1]).

Neben der Reaktionslosigkeit findet man bisweilen eine auffallend starke Reaktion auf psychische Reize, gerade wie bei den Affektivitätserscheinungen.

Bei katatonen Erregungen irgendwelcher Art sind die Pupillen besonders häufig stark erweitert, reagieren aber auf Lichtschwankungen. In den verschiedensten Zuständen sind sie oft ungleich, ohne die Reaktion eingebüßt zu haben; dieses Verhalten hat früher oft Anlaß zur unbegründeten Diagnose der Paralyse gegeben. Zum Unterschied von dieser Krankheit ist aber die Differenz selten eine anhaltende, sie wechselt oft nach wenigen Stunden, indem sie sich ausgleicht oder umgekehrt wird. Stecknadelkopfenge Pupillen habe ich bei Schizophrenie nur zweimal gesehen.

Gelegentlich sieht man auch Kuriosa wie die folgenden beiden. Ein Katatoniker hatte beim Eintritt in die Anstalt enge, gleiche Pupillen, die nicht schön rund waren und kaum reagierten. Nach 10 Minuten waren sie weit und reagierten normal. Bei einem katatonischen Mädchen sahen wir in voller Ruhe spontane Erweiterungen und Verengerungen ohne Licht- oder Akkommodationsänderungen. Dann und wann scheinen solche Abnormitäten mit der psychischen Konstellation im Zusammenhang, wenn man es auch selten durch Wiederholung nachweisen kann. So hatte einer unserer Paranoiden einmal, während er eifrig über seine Wahnideen sprach, etwa eine Stunde lang weite Pupillen, die sich auf Licht nicht verengerten[2]).

Altbekannt ist der „paranoide Blick“, der auftritt, wenn die Patienten an bestimmte Komplexe denken. Bei einzelnen Kranken läßt sich diese Erscheinung durch Anschlagen eines anderen Themas momentan hervorrufen und wieder zum Verschwinden bringen. Worauf sie beruht, weiß ich nicht. Sie bleibt oft erkennbar wenn man durch eine Maske bloß den Bulbus sieht.

Von sensorischen Störungen, die wir zu den körperlichen zählen könnten, findet sich das Kopfweh sehr häufig, namentlich schon in der Ana-

[1]) Vgl. die wichtige Arbeit von Weiler. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Or. 1910, II, S. 101.

[2]) Leeper (J. of. ment. sc. 1904, S. 520) fand die Pupillen morgens weit, abends eng. Ich kann in der Klinik, die abends stattfindet, sehr oft die weiten Pupillen demonstrieren. — Dide und Assicot fanden sogar Argyll-Robertson, häufiger aber das umgekehrte Verhalten. Oft waren Licht- oder Akkommodationsreaktion herabgesetzt. Blin will Argyll-Robertson in 13·8% der Fälle gefunden haben, was auffallend ist.

Von A. Westphal sind unregelmäßige und ovale Pupillen beschrieben; auch ich habe sie als vorübergehendes Phänomen gesehen.

mnese. Viele unserer Patienten hatten von Jugend auf an Kopfweh gelitten; während der manifesten Krankheit findet man dieses Symptom oft in den verschiedensten Formen: als Druck im ganzen Kopf, hinter der Stirn und besonders häufig im Hinterkopf; als reißende, bohrende, ziehende, brennende Schmerzen, die sich meist von irgend einer Stelle aus über den ganzen Kopf verbreiten. Es kann auch migräneartigen Charakter annehmen und trotzdem wieder verschwinden, so daß man keine Berechtigung hat, es als eine einfache Komplikation anzusehen.

Auslösende Ursachen des Kopfwehs, soweit es Teilerscheinung der Schizophrenie ist, kennen wir nicht. Der Hinterhauptschmerz muß irgend eine Beziehung zur Sexualität haben.

Brennende Gefühle, Sausen, Surren und Pochen an verschiedenen Stellen des Kopfes sind eine häufige Begleiterscheinung des Kopfwehs, kommen aber auch sonst vor.

Alle möglichen Parästhesien sowie Hyperästhesien werden etwa beobachtet. Meist sehen sie denen der Neurasthenie gleich, nicht allzu selten erwecken sie aber den Verdacht organischer Erkrankung des Zentralnervensystems. Sensationen in Herz, Magen, Darm sind etwas Gewöhnliches. Mastodynie und Ovarie sollen vorkommen. Druckpunkte (ohne Hysterie) sollen häufig sein (Ziehen 840, S. 378).

Schizophrene beklagen sich zuweilen über Schwindelgefühle, die bald anhaltend, bald mehr anfallsweise auftreten.

Die häufige Analgesie ist in anderm Zusammenhang erwähnt. In einem Falle von absoluter Anästhesie für Schmerz habe ich die Blutung auf tiefe Nadelstiche vermißt.

Andere Ausfallsstörungen der Sensibilität kommen kaum in Betracht. Die etwa gefundene Einengung des Gesichtsfeldes hat natürlich psychische Ursachen (Klien). Vielleicht aber ist von der Aufmerksamkeit unabhängig die in einzelnen Fällen (namentlich bei „Benommenheit“) zu beobachtende Dissoziation der Sinneseindrücke: die Kranken können einen gemalten Kohlkopf für eine Rose[1]) ansehen, indem sie die Farbe ignorieren (wie Alkoholdeliranten), einen Maiskolben in natürlicher Größe für eine Ähre, wobei in erster Linie die Dimensionen vernachlässigt werden u. dgl.

Zu den körperlichen Symptomen rechnet man auch die verschiedenen bei der Schizophrenie vorkommenden „Anfälle“. Viele derselben sind nun sicher von der Psyche unabhängig; andere umgekehrt sind psychisch ausgelöst und in allen ihren Symptomen psychisch, wobei natürlich Begleiterscheinungen der Affekte am Herzen, den Gefäßen, eventuell an Darm- und Nierentätigkeit, zu den psychischen gerechnet werden, obschon sie Erscheinungen am Körper sind. Dazwischen gibt es eine Menge von Übergängen, in denen der dauernde Gehirnzustand die Disposition schafft, ein psychisches Vorkommnis aber den Anfall auslöst, oder umgekehrt ein körperlicher Anfall eintritt, dessen psychische Symptomatologie aber bestimmt wird durch die vorhandenen Komplexe[2]). Unter „körperlich“ ver-

---

[1]) Oder entsprechend der Vorliebe für weit abliegendes für eine Seerose.

[2]) Einzelne Anfälle stellen einen veränderten sexuellen Akt dar, siehe Abraham. Jahrbuch für psycho-analytische Forschung. Bd. II. S. 29.

stehen wir hier natürlich eine Veränderung der physiologischen Hirntätigkeit, sei sie bedingt durch eine Vergiftung oder durch Gefäßkrämpfe oder wie immer.

Am körperlichen Pole der Reihe stehen namentlich die apoplektiformen Anfälle, die allerdings bei der Schizophrenie nicht häufig sind. Die Kranken sinken plötzlich oder allmählich zusammen, mit oder ohne Vorboten, wie Apoplektiker; die Sprache wird lallend oder versagt ganz. Schlingen, Fixieren und andere Funktionen können deutlich gestört sein, der Speichel kann aus dem Munde fließen; alle Körperbewegungen werden unsicher usw.; seltener erfolgen unwillkürliche Entleerungen von Fäzes und Urin. Manchmal haben die Erscheinungen deutlich hemiplegischen Charakter, indem die eine Körperhälfte während des Anfalles schlaffer, nach demselben schwächer erscheint. Kommen dabei Zuckungen vor, so können sie auch einseitig oder doch auf der einen Seite ausgesprochener sein. Das Bewußtsein ist meist getrübt, kann aber auch ganz erhalten sein oder ganz fehlen; ebenso die nachträgliche Erinnerung. Solche Anfälle dauern meist ein paar Stunden; seltener gehen sie rascher vorüber, oder sie dehnen sich auf Tage aus. Ein Kranker, bei dem weder der mehrere Jahre lang beobachtete Verlauf, noch die häufige Untersuchung Anhaltspunkte zu einer andern Diagnose als zu der der Schizophrenie gab, war mehrmals einige Tage lang in einem Koma, in dem er sogar Babinski zeigte.

Manchmal versagt die Hirntätigkeit in der Form von Ohnmachten, die ja allerdings auch psychisch ausgelöst sein könnten, wie es bei nervösen Leuten vorkommt. Auch Reizzustände, die von der Psyche in der Hauptsache unabhängig sind, werden beobachtet, so Krämpfe einzelner Muskelgruppen. Meist haben die Krämpfe einen gemischten Charakter, man kann nicht sagen, wieviel an ihnen psychisch und wieviel rein physisch ist. Sehr wichtig ist es, daß die Krampfanfälle gar nicht selten typisch epileptiform sind (tonisches, dann klonisches Stadium; kurze Dauer, selten über eine Minute). Manche unserer Kranken sind deshalb mit der Diagnose Epilepsie in die Anstalt geschickt worden, sogar aus Kliniken. Die epileptiformen Anfälle können einzeln bleiben oder auch während einiger Jahre sich wiederholen und dann wieder verschwinden. Sie können sogar ausnahmsweise zu einer Art Status führen[1]).

Die epileptiformen Anfälle treten in allen Stadien der Krankheit auf; sie können das erste Zeichen der Schizophrenie sein und ebensowohl eine alte Verblödung komplizieren. In keinem klaren Falle habe ich gesehen, daß sie sich dauernd dem einfachen Bilde der Schizophrenie beimischten; blieben sie anhaltend, so zeigten sich auch psychische Symptome der Epilepsie, so daß es sich wahrscheinlich um Mischfälle der beiden Krankheiten handelte (Morawitz). Wie bei der gewöhnlichen Epilepsie können die Anfälle ausnahmsweise auch psychisch ausgelöst werden. Eine ältere Schizophrene bekam den ersten Anfall unmittelbar nachdem sie mit großem Interesse einen Anfall bei einer Epileptischen angesehen hatte; während 10 Jahren wiederholten sich die Anfälle in unregelmäßigen Zwischenräumen; im Anschluß an die Versetzung der Patientin in ein anderes Gebäude zessierten sie, um nicht wieder zu kommen.

Am psychischen Pole der Reihe stehen die rein hysteriformen Anfälle, die bei Schizophrenie nicht selten sind. Sie zeigen gar keine Symptome,

[1]) Ein Fall von Tod durch gehäufte Krampfanfälle wird von Tetzner berichtet; es scheint sich da um eine Katatonie in unserem Sinne zu handeln.

die auf etwas Organisches deuten. Organisch ist dabei wohl bloß die Disposition, wenn wir auch annehmen müssen, daß diese Disposition momentan mit der Stärke des schizophrenen Prozesses wechseln muß, so daß der Anfall bald leichter, bald schwerer auslösbar ist. Aus Gründen, die wir gleich besprechen werden, müssen wir in diesem Zusammenhang auch der psychisch ausgelösten Schimpf- und Verwirrtheitsanfälle gedenken, die den Übergang bilden zu der einfachen Reaktion der schizophrenen Psyche.

Typisch hysteriforme Anfälle sind wie alle anderen hysteriformen Symptome nicht selten bei unseren Kranken. Alle Formen, die bei Hysterie vorkommen, treffen wir auch da. Vom großen Anfall bis zu einfachen Schüttelkrämpfen einzelner Glieder ist alles zu beobachten. Sie können abwechseln mit andersartigen Anfällen oder allein bleiben. Meist sind sie vereinzelt oder doch wenig zahlreich, während allerdings leichtere Andeutungen und abortive Anfälle häufig vorkommen. Eine unserer Kranken prophezeite, sie werde in der Nacht sterben; sie lag dann eine Zeitlang wie besinnungslos, aber ruhig atmend im Bett; dann begann sie plötzlich zu schreien und zu zittern. Auf Wasserapplikation sofortige Besserung.

Die nicht seltenen *Lach- und Weinkrämpfe*, die *Kahlbaum* unter den körperlichen Symptomen anführt, kann man hieher zählen, wenn man will; wir fassen sie natürlich in den meisten Fällen als Äußerungen des unbewußt bleibenden Komplexes auf.

Als Kuriosum sei erwähnt, daß eine Kranke während des Redens manchmal Anfälle von *Singultus* bekam.

Die häufigsten Anfälle, die zugleich als eine Art Typus der schizophrenen Attacken gelten können, erscheinen uns als organisch bedingte Reiz- und Lähmungszustände, in denen namentlich auch die intrapsychischen Assoziationen verändert sind. Sie bekommen so eine große Ähnlichkeit mit den Anfällen, die wir nicht selten bei groben Gehirnerkrankungen und Intoxikationen wie der Urämie beobachten, und sie lassen sich von solchen nur aus den begleitenden Umständen unterscheiden. „Abortive", d. h. leichtere Anfälle dieser Art haben die Neigung, sich oft zu wiederholen; die größeren Anfälle sind seltener.

Manchmal leitet ein tonisches Stadium die Szene ein, das aber zum Unterschied von der Epilepsie sehr lang dauern kann und nicht die beängstigende Höhe des Morbus sacer erreicht. Meist handelt es sich mehr um eine allgemeine Steifigkeit des Körpers; Hinfallen scheint selten; die Atmung bleibt gewöhnlich relativ oder ganz frei. Eine Katatonika reagierte plötzlich nicht mehr auf Anreden, lag starr da mit geschlossenen Augen; ungeheurer Schweißausbruch am ganzen Körper; Puls weich, voll, 100—110. Temperatur stieg bis 38·0°. Dann wurden die Hände krampfhaft gefaltet; Anrufen, Bitten, Drohungen erzeugten keine Reaktion, bloß auf Zwicken und direkte Beleuchtung der Augen mit nahegehaltenem Streichholz erfolgten leichte Abwehrbewegungen. Dauer des Anfalles vier Stunden; nachdem Schweiß- und Temperaturerhöhung zurückgegangen waren, erholte sich die Kranke rasch; sie weinte ziemlich affektlos, „das Reden sei ihr mit der Maschine (d. h. der Gasflamme) abgestellt gewesen; man wollte sie hinrichten, sie habe das Beil fallen hören". — Ein Hebephrene, der in den Fünfzigerjahren einige katatone Symptome gezeigt hatte, war einige Tage in einem ganz leicht dämmerigen Zustande, als er plötzlich vollständig steif wurde, aber nicht fiel. Dazu kam leichter Tremor des ganzen Körpers. Auf Nadelstiche reagierte er nicht mit Bewegungen, sondern nur

mit einem klagenden Laute, der etwa zwei Sekunden später erfolgte. Einfachen Befehlen, die Glieder zu bewegen, kam er automatenhaft nach. Flexibilitas cerea. Puls schnell. Nach einigen Minuten löst sich die Spannung; starker Schweißausbruch. Ins Bett gebracht, saß Patient noch einige Stunden lang mit ausgebreiteten Armen da; er war noch darüber hinaus verwirrt, hat eingenäßt. — Das tonische Stadium kann auch allein als abortiver Anfall vorkommen. Eine Katatonika wurde im Sitzen auf einmal steif, saß etwa zehn Minuten da, die Hände zur Faust geballt, den Blick zu Boden gerichtet, dann stand sie plötzlich auf mit den Worten: „So, jetzt ist's vorbei."

In anderen Anfällen fehlt der Tonus; sie zeigen bloß eine traumhafte Erregung mit Erscheinungen nervöser Schwäche. Ein manischer Hebephrene fing im Bett auf einmal an, sich zu wälzen, stöhnte, erbrach; bekam unregelmäßige Zuckungen der Extremitäten; bohrte den Kopf ins Kissen. Er war benommen, gab unklare, verworrene Antworten, Gesicht blaß, kühl; Züge ganz schlaff, namentlich um den Mund, der offen steht und reichlich Speichel ausfließen läßt. Versucht zu schlucken, kann aber den Mund nicht schließen. Verbigeriert langsam mit Pausen zwischen den einzelnen Wörtern: „cheibe[1]) — cheibe — Hurecheibe — cheibe usw. . . . 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 5 — . . . — Mutterli — nicht — sterben — Mutterli — nicht — sterben — usw." Sehnenreflexe gesteigert; Augen halb offen, machen rollende Bewegungen. Pupillen weit, reagieren auf Licht; Angst. Klammert sich überall an. Nach einigen Stunden fällt er in Schlaf. Am andern Tage weiß Patient nur, daß er Angst hatte und nicht reden konnte. Der gleiche Patient wurde nachher noch mehrere Tage lang oft mitten im Gespräch für kurze Zeit anders, erblaßte, verdrehte die Augen, gab unpassende Antworten.

Andere Beispiele: Katatonika: Im Bett: alle möglichen Stellungen, Winden, Ringen, Zusammenrollen des Körpers, rasche stöhnende In- und Exspiration. Salivation, roter Kopf, kalte Hände. Außer Bett: rasche Rotationen auf den Füßen. Pupillen spielen; Puls voll, zirka 80. Dauer zirka 2 Stunden, dann Benommenheit, liegt wie schlafend da, kann aber noch handeln, z. B. auf den Nachtstuhl gehen; taumelt aber dabei. Nachher volle Erinnerung. — Ein Hebephrene hatte zwei gleiche Anfälle: Schütteln und Verdrehen der Glieder, Verdrehen der Augen, ganz blasses Gesicht, Schaum vor dem Mund; Dauer mehrere Stunden. Totale Amnesie. — Periodischer Katatoniker mit manischen Perioden. Beim Essen plötzlich Zuckungen in Armen und Hals; Arme flektiert, bewegen sich klonisch gegeneinander; der Kopf macht nickende und schüttelnde Bewegungen. Kein Bewußtseinsverlust. Dauer eine halbe Stunde. Später noch unregelmäßige Zuckungen, wollte nicht zu Tische gehen, weil er das Geschirr leicht fallen ließ. Dann wieder wie vorher. — Katatonika: Klonische Zuckungen aller Extremitäten, behält aber passiv gegebene Stellungen eine Zeitlang bei (vor dem Anfall nicht kataleptisch). Heftiges Weinen, starke Rötung des Gesichtes. Dauer eine halbe Stunde. — Hebephrene: Beginn mit Grunzen und Rülpsen, dann schnellende Bewegungen des Körpers, hält sich mit den Händen krampfhaft an der Bettstatt. — Paranoide: Fing am Tisch plötzlich laut zu lachen an, dann Stampfen; schlief ein; erwachte nach einiger Zeit und stampfte wieder mit einem Fuß, hielt den Arm fest über den Augen, so daß man ihn nicht passiv bewegen konnte. Keine Amnesie, sie habe nicht antworten können, habe so machen müssen. Später hatte sie momentweise roten Kopf und glaubte sich dann während dieser Zeit verfolgt. — Eine Hebephrene hat „Zitteranfälle der Beine, wobei sie innerlich aufgeregt wird und nicht mehr arbeiten kann." Eine

[1]) Schweizerdeutscher Universalfluch, der eigentlich „Aas eines Pferdes" bedeutet und als Anklang an altgermanische Anschauungen noch jetzt im Volksgefühl religiöse Bedeutung hat.

andere bekommt unregelmäßige klonische Zuckungen in Extremitäten und Gesicht. — Eine Katatonika verdreht die Augen, strampelt mit den Füßen, bekommt Schaum vor dem Mund. Dauer zirka zwei Minuten. Totale Amnesie. — Die Anfälle können auch im Schlafe auftreten. Eine unserer Kranken wurde dadurch geweckt, daß der Körper in die Höhe schnellte. — Ein Hebephrene bekommt plötzlich einen roten Kopf, dann fährt er auf und schimpft.

Die letzteren Beispiele zeigen, daß es kontinuierliche Übergänge gibt von den eigentlichen zerebralorganischen Anfällen zu den Aufregungszuständen unserer Kranken. Es ist nun allerdings gewiß, daß ein Teil der letzteren rein psychisch bedingt ist, indem der Gedankengang der Kranken oder ein äußeres Ereignis, eine Wahrnehmung den Komplex getroffen hat. Wenn man aber die halluzinatorischen Anfälle betrachtet, die bei den älteren Schizophrenen unserer Pflegeanstalten so häufig sind, so bekommt man den Eindruck, den meisten derselben liege ein organischer Vorgang zugrunde; weder auf ihre Entstehung noch auf ihren Ablauf kann man irgendwie einwirken; man kann höchstens nach und nach die Kranken gewöhnen, daß sie auch während des Anfalles sich etwas zusammennehmen, oder man kann erreichen, daß sie selbst verlangen, isoliert zu werden, „wenn es kommt", damit sie die anderen nicht belästigen.

Manche abortive Anfälle lassen sich vom epileptischen petit mal nicht unterscheiden: Hebephrene, meist heiter; plötzlich nimmt ihr Gesicht einen mürrischen Ausdruck an, dabei murmelt Patientin einige unverständliche Worte, Dauer einige Sekunden. — Hebephrene: Fährt etwa plötzlich auf, greift mit den Händen an seinen Kopf; es ist ihm schwarz vor den Augen, es flimmert alles. Dauer einige Sekunden. — Periodische Katatonie: Liegt eine Zeitlang ganz schlaff wie tot da, Augen geschlossen, Puls bleibt gut. Hier ist wieder psychischer Ursprung nicht auszuschließen.

Wernicke hat anfallsweise Starre gesehen, die namentlich auftritt, wenn man von den Patienten etwas will. Ich habe äußerlich ähnliche Anfälle gesehen, die sicher sexueller Orgasmus waren. — Huefler kennt auch Schmerzanfälle.

* * *

Über die Häufigkeit körperlicher Mißbildungen (ich vermeide absichtlich den Ausdruck „Degenerationszeichen") bei der Dementia praecox existieren meines Wissens noch keine brauchbaren Untersuchungen. Nach der Arbeit von Laubi, deren Material mir zum großen Teil bekannt ist, verhält es sich aber so, daß die jetzt zur Schizophrenie gerechneten Psychosen viel weniger Mißbildungen aufweisen als die Idioten und Epileptiker, aber etwas mehr als die Gesunden. Sehr starke schizophrene Belastung braucht sich in keiner Weise in solchen Anomalien auszudrücken. Da unter den Schizophrenen der Anstalten die ursprünglich intellektuell minderwertigen relativ dominieren, kann man noch nicht sagen, ob die Nichtimbezillen unter ihnen wirklich mehr Mißbildungen besitzen als die Gesunden.

Wintersteiner hat in zwei Drittel seiner „Paranoien" (im Sinne der Wiener Schule) angeborene Augenhintergrundveränderungen gesehen.

Viele nennen in diesem Zusammenhang auch die Struma. Es ist unzweifelhaft, daß in Kropfgegenden mehr große Strumen bei den Schizophrenen zu finden sind als in der gesunden Bevölkerung. Es kommt auch vor, daß die Struma

mit den Aufregungen an- und abschwillt (Bertschinger, S. 301). Die Zusammenhänge können aber auch äußere sein. (Die Strumen unserer Kranken werden nur dann behandelt, wenn sie drohen, Beschwerden zu machen; das Schreien kann sie zum Anschwellen bringen.) Jedenfalls fehlt der Beweis, daß Struma zur Schizophrenie oder zur schizophrenen Anlage gehöre.

η) Die katatonen Symptome.

Unter dem Namen der katatonen Symptome faßt man eine Anzahl von Erscheinungen zusammen, die Kahlbaum bei seiner Katatonie gefunden hatte: eigenartige Motilitätszustände, Stupor, Mutismus, Stereotypie, Manieren, Negativismus, Befehlsautomatie, spontane Automatismen, Impulsivität. Ich möchte nicht sicher behaupten, daß sie alle mehr inneren Zusammenhang unter sich haben als mit anderen Symptomen. Jedenfalls aber ist der Begriff bequem, und ihm entspricht das häufige Zusammenvorkommen der einzelnen Symptome bei den Formen der Schizophrenie, die wir katatonische nennen. Mehr als die Hälfte der Schizophrenen der Anstalten zeigen dauernd oder vorübergehend katatone Symptome.

1. Die Katalepsie.

Das steife Gesicht der Kranken macht manchmal den Eindruck gespannter Züge; auch andauernd innegehaltene gezwungene Stellungen scheinen auf Muskelrigidität zu deuten; bei passiven Bewegungen empfinden wir oft einen Widerstand, der in schweren Fällen geradezu unüberwindlich werden kann.

In Wahrheit aber kennen wir bei der Schizophrenie das, was man in eigentlichem Sinne tonische Zustände der Muskeln nennen könnte, noch nicht. Was beschrieben ist, sind komplizierte Erscheinungen mit ganz oder doch vorwiegend psychischer Genese.

Nicht ganz selten allerdings begegnet es, daß ein Patient monatelang eine bestimmte Haltung einnimmt und auch ganz steif erscheint, wenn man die Glieder passiv bewegen will. Das kann so weit gehen, daß man den ganzen Körper, wie wenn er aus einem einzigen Stück Holz bestünde, an der Hand, am Fuß herumbewegen kann, ohne daß die relative Lage der Glieder verändert würde. Sieht man aber in solchen Fällen genauer zu, so kann man wohl immer konstatieren, daß die Muskeln sich im Verhältnis zur äußeren Kraft in jedem Moment gerade so stark spannen wie nötig ist, um die Stellung innezuhalten. Dabei ist die Dosierung eine merkwürdig genaue, die Feststellung der Gelenke eine fast absolute. Ein Gesunder brächte die gleiche Art des Widerstandes nur ausnahmsweise und nicht auf die Dauer zustande. Es fehlt mir bis jetzt der Beweis, daß die Muskeln zu irgend einer Zeit stärker gespannt wären, als nötig ist, um gegen die Schwere oder andere äußere Einflüsse die Stellung beizubehalten. Dagegen ist in einzelnen Fällen ein Übergreifen der Spannung auf nicht direkt engagierte Muskeln zu beobachten — gerade wie bei Anstrengungen von Gesunden auch.

Ballet (38, S. 105) hat die Neigung zu Spannungen Katatonismus genannt und (mit Anderen[1]) vorausgesetzt, daß bestimmte Muskelgruppen, wie namentlich

[1]) Vgl. Kleist.

die Beuger des Halses, dazu prädisponiert seien. Ich habe mich noch nicht überzeugen können, daß sich das Phänomen an bestimmte Muskelgruppen halte: es scheint mir vielmehr, daß es sich hier um Innehaltung bestimmter Stellungen durch den Patienten handle, von denen z. B. die Beugung des Kopfes bei Rückenlage besonders häufig ist. Wir erwähnen diese Erscheinungen deshalb unter den Stereotypien der Haltung.

Häufiger als die vollkommene Starre ist die biegsame Katalepsie: In ausgesprochenen Fällen machen die Kranken keine oder nur seltene spontane Bewegungen; wo und wie man sie hinstellt oder hinlegt, bleiben sie unbeweglich. Passiv gegebene Stellungen werden beibehalten, und zwar ganz gleichgültig, ob sie unbequem seien oder nicht. Man kann einem stehenden Kranken ein Bein in die Höhe heben, die Arme horizontal ausstrecken und auch noch den Rumpf beugen, er bleibt in dieser Stellung, und zwar gelegentlich zwanzig Minuten und noch länger. Ermüdungsgefühle fehlen dabei (immer?). Nach einiger Zeit sinken ausgestreckte Glieder herunter, oder sie tauschen ganz unmerklich ihre Lage gegen eine andere, vielleicht ebenso bizarre, oder sie werden mit einem Ruck in eine bequemere Lage gebracht, aber oft so, daß die zuerst gegebene Stellung noch einigermaßen markiert ist: der Arm, der nach vorn ausgestreckt gewesen, bleibt auch in herabhängender Stellung noch ein wenig nach vorn gehoben, der zunächst seitlich ausgestreckte entfernt sich seitlich noch ein wenig vom Körper.

Oft empfindet man bei passiven Stellungsveränderungen kaum einen Widerstand, ja es ist, wie wenn die Kranken der Absicht des Untersuchers zuvorkommen wollten; sie heben das Glied beim leisesten Anstoßen von selbst und erraten dabei meist die gewünschte Richtung sehr gut; geht man etwas rasch vor, so schießen sie leicht über das Ziel hinaus[1]). In anderen Fällen wieder findet man einen deutlichen Widerstand, man muß zum mindesten das Gewicht des Armes heben wie bei einem toten Körper. In wieder anderen Fällen ist ein leichter Muskelwiderstand zu überwinden. Man kann diese Bilder nicht recht voneinander trennen, und ich möchte sie deshalb, wie manche andere Autoren, unter dem Namen der Flexibilitas cerea zusammenfassen.

Viel häufiger ist das Symptom nur angedeutet. Die Kranken bewegen sich für gewöhnlich frei, aber wenn man einem Glied eine bestimmte Stellung gibt, behalten sie sie einige Zeit bei, manchmal ohne sich in den übrigen Bewegungen des gleichen Gliedes stören zu lassen. Sie machen z. B. Gesten oder stereotype Bewegungen mit einer Hand; hält man ihnen den entsprechenden Arm hoch, so lassen sie ihn oben, machen aber die gleichen Bewegungen, die sie vorher in gewöhnlicher Lage ausführten, über ihrem Kopfe.

Die Art und Weise, wie man einem solchen Kranken das Glied bewegt, ist nicht ganz gleichgültig; oft zeigt sich Katalepsie nur, wenn man das Glied etwas brüsk in die neue Stellung bringt, wie wenn man andeutete, daß es da sein sollte. Wirksam ist aber nicht die Suggestion im gewöhnlichen Sinne: der Patient braucht nicht zu meinen, man verlange von ihm die Beibehaltung einer bestimmten Stellung. Ich

---

[1]) Wernicke nennt dieses Symptom Pseudoflexibilitas und hält es für einen geringeren Grad der Flexibilitas cerea; Ziehen unterscheidet diese Pseudoflexibilitas prinzipiell von der letzteren, da es sich bei ihr um die Wirkung einer bestimmten Vorstellung handle.

prüfe oft mit Erfolg auf Katalepsie, indem ich den Kranken den Puls fühle und dabei wie zufällig ihren Arm in die Höhe halte, um ihn nach vollendeter Zählung einfach loszulassen. Man kann umgekehrt in der gleichen Weise, wie man sonst auf Katalepsie prüft, beliebige andere Kranke und Gesunde behandeln, ohne daß das Phänomen zum Vorschein käme.

In selteneren Fällen äußert sich die Katalepsie in der Fortsetzung von Bewegungen, die den Kranken mitgeteilt werden. Wenn man den Kranken die Hände umeinander dreht, so können sie nicht mehr aufhören. Wenn sie beim Freiturnen eine bestimmte Zahl von Bewegungen machen sollten, machen sie zu viel[1]) u. dgl.

Bei ausgesprochener Katalepsie fehlen die spontanen Bewegungen. In leichteren Fällen sind sie deutlich erschwert, sie werden langsam und kraftlos ausgeführt. Oft sieht man den Patienten die Anstrengung an, sie öffnen z. B. die Lippen, wenn sie eine Antwort geben sollen, bringen aber nach vielen Versuchen oft nur ein leises, langsames Geflüster heraus, so daß man an eine Hemmung denkt. Andere Kranke führen noch die eine oder andere Handlung aus; namentlich gehen sie noch herum; aber auch dann geschieht das Meiste langsam, zögernd, kraftlos. Die Endstellung einer Handlung kann fixiert werden; oder mitten in Bewegungen erstarren die Kranken. Ein Patient will den Löffel zum Munde führen, auf halbem Wege bleibt ihm die Hand stehen und verändert viele Minuten ihre Lage nicht; sie kann dann allmählich der Schwere folgend hinuntersinken, oder es kann die begonnene Handlung noch vollendet werden. Die Fixierung kann ebensogut den ganzen Körper betreffen wie ein Glied.

Auch die höchstgradige Katalepsie ist wohl durch innere oder äußere psychische Einflüsse momentan lösbar. Wie bei jedem anderen katatonischen Stupor können die Kataleptischen, die ganz unbeweglich schienen, plötzlich auffahren, einen Nachbar hauen oder beißen oder sonst etwas Unangenehmes anstellen, um nach einigen Sekunden wieder starr zu sein; sie können aber auch plötzlich ganz vernünftig plaudern oder sich mit Halluzinationen unterhalten. Die Bewegungen zeigen in solchen Momenten keine Störungen mehr, werden im Gegenteil oft mit großer Kraft und Gewandtheit ausgeführt (vgl. oben die tanzenden Kataleptikerinnen.

Gewisse Kranke werden nur unter bestimmten Umständen kataleptisch. Eine Patientin kann, wenn sie sich allein glaubt, bald fröhlich singen, vergnügt lachen, bald unflätig schimpfen, um sofort kataleptisch zu werden, wenn sie sich beobachtet weiß. Ob dabei Negativismus zu finden sei oder nicht, braucht keinen Unterschied zu machen. Andere bewegen sich bei der Arbeit ganz frei, werden aber kataleptisch, wenn man sie untersuchen will. Einer unserer Rekonvaleszenten, der schon einige Zeit frei schien, wurde kataleptisch, als beim Kapitänspiel etwas größere Anorderungen an seine Aufmerksamkeit gestellt wurden.

Die Katalepsie kann auch etwa abwechseln mit voller Starre; bei negativistischen Kranken kann man die letztere geradezu provozieren. In einem unserer Fälle kam zwischenhinein vollkommene Erschlaffung der Muskulatur, so daß der Kranke zusammensank wie ein Leichnam. Sonst ist der Muskeltonus bei Flexibilitas cerea ein ganz guter.

Ein Patient hatte andauernd und in mehreren Anfällen nur rechtsseitige Katalepsie (verbunden mit Tremor, Analgesie und Gehörshalluzinationen der gleichen Seite).

[1]) Mündliche Mitteilung von Bezzola.

Merkwürdig sind zuweilen Mischungen der Katalepsie mit Negativismus. Wenn man z. B. einem solchen Kranken den rechten Arm in die Höhe hält, reißt er ihn brüsk negativistisch herunter, hebt aber dafür den linken in die verlangte Stellung. (Ähnliches habe ich schon gesehen, auch ohne daß man Grund hatte, Negativismus anzunehmen, nur wurde das angefaßte Glied dann nicht so brüsk in seine Normalstellung gebracht.) — Abraham hat auch Flexibilitas auf der einen Seite und negativistische Steifheit auf der andern gesehen (natürlich ohne Suggestion).

Bei einer Mischung von Echopraxie mit Katalepsie sahen wir eine Nachahmung der einen Seite durch die andere: der rechte Arm des Patienten wurde passiv in die Höhe gehalten, der linke nach unten ein wenig ausgestreckt. Nach und nach sanken beide Arme etwas herab, der linke in die natürliche Stellung, der hochgehaltene rechte näherte sich dem Kopfe und wurde schließlich an den Hinterkopf angelegt, was der linke aus der hängenden Ruhelage nachmachte. Patient blieb dann längere Zeit in dieser Stellung.

Neben den verschiedenen katatonischen Zuständen, seltener vereinzelt, kann eine bald allgemeine und andauernde, bald ganz launenhaft auftretende Schwierigkeit oder Unmöglichkeit der Bewegungen bestehen. Es kostet die Patienten Anstrengungen, die Muskeln zu kontrahieren; die Bewegungen werden kraftlos, langsam, zitternd, ja vielfach ganz unmöglich. Es kann ihnen dabei sein, wie wenn das Glied gelähmt oder auch steif wäre oder wie wenn es durch äußere Gewalt festgehalten würde. Manchmal motivieren sie den Zustand fälschlich durch Halluzinationen und Wahnideen; natürlich kann Akinese auch so bedingt sein, aber dann handelt es sich nicht um eine Motilitätsstörung im obigen Sinn einer psychischen Lähmung oder Parese[1]). Der Zustand erschreckt die Kranken meist auffallend wenig; immerhin besteht Angst oft daneben, erscheint aber dann in ihrem Verlauf unabhängig von der Akinese. — Bei Stupor und Benommenheitszuständen macht die Herabsetzung der Bewegungsfähigkeit gelegentlich den Eindruck eines allgemeinen Hirntorpors.

2. Der Stupor.

Sehr viele Katatoniker werden stuporös genannt. Im präzisen Ziehenschen Sinne (Aprosexie + Denkhemmung + Bewegungslosigkeit) aber finden wir den Stupor fast nur bei der Benommenheit (vgl. folgendes Kapitel, akute Syndrome), offenbar als Folge einer allgemeinen Reduktion der psychischen Tätigkeit, ferner bei totaler Sperrung. Das äußere Bild der mangelnden oder stark verminderten Reaktion auf die Umgebung findet sich aber auch noch bei allen akinetischen Katatonien; es wird außerdem hervorgebracht durch allgemeine Sperrung, durch starke (melancholische) Hemmung der psychischen Vorgänge, durch den Mangel an Interesse, an Affekt und Willen, durch den Autismus, die Dämmermechanismen, den Negativismus, durch massenhafte Halluzinationen, die auch ohne systematische Absperrung der Außenwelt die Kranken vollständig in eine Phantasiewelt versetzen.

Natürlich mischen sich diese verschiedenen Formen von Stupor gern miteinander, indem mehrere Ursachen zugleich vorhanden sind.

---

[1]) Oft werden die die Bewegung verbietenden Stimmen und die Erschwerung der Motilität parallele Folgen einer einheitlichen Ursache sein.

Der Stupor braucht nicht ein vollkommener zu sein. Manche Stuporöse duseln nur so herum, können aber noch auf manche einfachen Gespräche eingehen oder etwas arbeiten. Einer unserer Kranken wollte hinter dem Heustock etwas nachsehen, zündete dazu ein Streichholz an, wodurch das Heu in Flammen kam. Er hatte noch in der Wirtschaft mithelfen können, was die Frau ihm befahl; um selber zu denken, daß es gefährlich sei, in unmittelbarer Nähe von Heu und Stroh Feuer zu machen, dann um die nötige Sorgfalt anzuwenden und schließlich. um das Feuer im Entstehen zu löschen, war er nicht mehr denkfähig genug.

Wohl alle schizophrenen Stuporformen, mit Ausnahme vielleicht der als Benommenheit bezeichneten, können sich unter psychischen Einflüssen ganz oder teilweise lösen. Trifft man die Komplexe der Kranken, so sieht man oft deutliche Reaktion, sei es in der Spannung der Muskeln, sei es in der Gefäßinnervation. Die Kranken fassen also noch auf und verarbeiten. Der stuporöse Katatoniker Riklins (612) antwortete nur auf die Ideen und las nur die Worte, die ganz direkt mit seinen krankhaften Wünschen zusammenhingen. Eine ganz starre und negativistische Patientin beißt sofort auf die Zähne, als ich ihr sage, sie sei zu mager, um, wie sie meinte, Speisen gestohlen zu haben. Eine unbewegliche Kranke bricht in herzliches Lachen aus, als eine andere Butter aus einem Papier verliert. Stuporöse können auf einmal richtig Schach spielen, beim Schreiben schnelle Bewegungen machen, Klavier spielen usw. Durch Besuche der Angehörigen lassen sich viele vollständig „aufwecken".

Über den Mutismus, der oft als Teilerscheinung des katatonen Stupors beschrieben wird, siehe oben S. 121.

3. Die Hyperkinese.

Den akinetischen Symptomen des Stupors und der Flexibilitas cerea stehen gegenüber die katatonen Hyperkinesen. Sie sind von der Wernickeschen Schule als eine besondere Krankheit mit Reizerscheinungen der Psychomotilität hingestellt worden. Es fehlt aber bis jetzt der Nachweis, daß es sich nicht auch hier um eine Teilerscheinung des allgemeinen psychischen Zustandes der Katatonie handelte; die „pseudospontanen" Bewegungen erscheinen, wie andere Bewegungen bei Katatonikern, willkürlich, automatisch und stereotyp in bunter Mischung. Da sie häufig das äußere Bild der katatonischen Aufregung ganz allein zeichnen. werden sie bei den akuten Symptomenkomplexen näher beschrieben.

4. Die Stereotypien.

Eine der äußerlich auffallendsten Erscheinungen ist die Neigung der Schizophrenen zu Stereotypien. Wir finden sie auf allen Gebieten, dem der Bewegung, der Handlung, der Haltung, des Sprechens, Schreibens, Zeichnens, der mimischen und musikalischen Äußerung, des Denkens, Verlangens, des Halluzinierens.

Da reiben Kranke jahrzehntelang mit energisch ausfahrenden Bewegungen die rechte Hand über den linken Daumen; andere tupfen, womöglich mit angespeicheltem Finger, auf Tisch, Bänke und Wände, fahren mit dem Finger allen Randleisten an Möbeln und Wänden nach, wie wenn sie abstauben wollten; andere klopfen

rhythmisch an die Bettstelle, klatschen in die Hände, machen allerlei Manipulationen an den Zähnen usw. Wieder andere gehen in bestimmter Weise herum, tappen mit dem Fuß an einer gewissen Stelle, balancieren wie in einer Quadrille, nicken mit dem Kopf, drehen sich im Liegen oder im Stehen beständig um die Längsachse, machen immer die gleichen Turnübungen. Manchmal hat die Stereotypie den Anschein einer gewollten Handlung: sie reißen sich die Haare aus, oft in einer bestimmten Form, so daß z. B. noch eine Raupe über die Mittellinie des Kopfes stehen bleibt, stecken den Finger in den After, schmieren in einer bestimmten Weise, zupfen an den Kleidern, drehen die Knöpfe ab.

Die Haltungsstereotypien zeigen etwas weniger Abwechslung, sehr viele der ruhig im Bett liegenden Katatoniker halten in Rücken- und sogar in Seitenlage den Kopf vom Kissen abgehoben, eine Stellung, die der Gesunde nicht lange ohne Ermüdung innehalten könnte; sie kauern sich zusammen, sitzen oder stehen steif wie eine ägyptische Statue da, halten die Beine gespreizt, die eine Hand in ganz bestimmter Fingerhaltung an die Wange; kauern in gezwungenster Stellung im Bad, so daß der Kopf genau bis über die Mundwinkel und dazu noch der Rücken aus dem Wasser ragt; blicken wochenlang den gleichen Fleck an, oft in extremster Augenstellung, die der Gesunde keine zwei Minuten festhalten könnte.

Stereotypie des Ortes kommt in zweierlei Weisen zum Ausdruck, indem die Kranken immer die gleiche Ecke des Zimmers, das gleiche Plätzchen im Garten zum Aufenthalt wählen und sich den Ort geradezu erkämpfen, wenn er ihnen zufälligerweise oder absichtlich streitig gemacht wird, oder indem sie an einem bestimmten Ort immer die gleichen Sonderbarkeiten machen, z. B. an einer bestimmten Stelle des Korridors beim Vorbeigehen immer dreimal an die Wand klopfen.

Handlungen, die an sich nicht sinnlos sind, werden ohne Unterlaß wiederholt, immer mit photographischer Gleichheit. Der Kranke geht genau in der gleichen Weise an der gleichen Stelle ins Bett und wieder heraus; er läuft im Garten denselben Kreis oder dasselbe Viereck ab, so daß man die Spuren immer ausebnen muß; ein Arzt machte, Jahre bevor die Krankheit manifest wurde, eine starke Vertiefung in den harthölzernen Boden seines Zimmers, indem er sich immer genau an der gleichen Stelle auf dem Absatze umdrehte; Wände und Möbel der Anstalten zeigen häufig Spuren solcher stereotyper Handlungen.

Die verschiedenen Arten von Stereotypien werden natürlich sehr oft zu komplizierten Bildern zusammengesetzt. Die Patientin steht, während sie strickt, an einer bestimmten Stelle in bestimmter Orientierung und Haltung; so wie die Arbeit abgebrochen wird, geht sie in den Korridor, stellt sich, Front gegen die Eßzimmertür, auf, bis das Essen aufgetragen wird, worauf auch dieses in ganz bestimmter Weise eingenommen wird.

Auch die Ausdrucksbewegungen werden etwa stereotypiert. Der eine grinst, der andere macht ein trauriges Gesicht, gleichgültig, wie seine Stimmung sei. Stereotypes Brüllen, Schreien und Quieken hat oft dieselbe Bedeutung; ebenso das Vorstrecken der Lippen („Schnauzkrampf"). Hier mögen auch die musikalischen Stereotypien erwähnt werden; eine Kranke spielte jahrelang oft tausende von Malen nacheinander bald einen bestimmten Triller, dann wieder einen kleinen Satz von wenigen Tönen. Häufiger wird das gleiche Lied oder Stück eines Liedes immer wieder gesungen, von einem Kranken mit störend gellender Stimme, vom andern diskret. Es kann auch nur irgend eine bekannte oder selbst erfundene Melodie allen möglichen Texten, sogar den Antworten auf Fragen aufgepfropft werden, ebenso ein Rhythmus, der im Sprechen festgehalten wird.

Die meisten der schwerer Kranken haben, wenn sie sich überhaupt äußern, die Neigung, bestimmte Ausdrücke immer und immer wieder zu brauchen an pas-

sender und unpassender Stelle. Manchmal werden ohne jeden Zusammenhang, ja überhaupt ohne die Absicht einer Mitteilung, die gleichen Worte und Sätze ungezählte Male nacheinander ausgestoßen in gewöhnlichem Tone, schreiend, flüsternd, singend; affektiver Ausdruck fehlt oft dabei; kommt er vor, so ist er meist ganz gekünstelt, übertrieben, dem Inhalt nicht entsprechend (Verbigeration). So wiederholte ein Patient immer den Satz: „Du stiehlst dem Heiland das Recht ab", ein anderer: „I thank you, Sir". Das Wort „Liebe" wird von manchen Patientinnen zum Verbigerieren mißbraucht; ganz unsinnige Verbindungen von Lauten wie „gekreuzigter Krex in e Umkrexhaus" (Kraepelin) sind nicht selten. Meist ist der Inhalt nicht in allen Details stereotyp; eine Kranke nennt die Namen ihrer Kinder, ein Katatoniker zählt ohne jede Ordnung Namen von Ortschaften auf. Das Frl. Müller zählt: „21 Herr Müller, 22 Herr Müller" usw.; eine andere rechnet laut rufend: „1 mal 4 ist 90; 2 mal 3 ist 7; 2 mal 1 ist 24; 2 mal 2 ist 28" usw. Ein anderer spricht halblaut: „a, o, u, e, e, a, u, e, a, o usw. in verschiedenen Variationen; eine andere: „ich denke, ich will" und konjugiert dazwischen das Präsens von „lieben". Manchmal kommen die Leute im Thema doch ein wenig weiter: babababababa, s, s, s, s sind rechte Leut, s, s, s, s sind rechte Leut, rechte Leut, rechte Leut, rechte Leut, babababababa, hmhmhmhm ich habe ja geschlafen, ich habe ja geschlafen — — — .... was ist auch das, was ist auch dadadadadadas? babababa — — — —." Eine unserer Kranken wandelte täglich stundenlang eines von wenigen Thematen ab, z. B. „Concierge", wobei sie alle ihr bekannten Haushüter, die Einzelheiten von deren Wohnung beschrieb usw.

Auch die Verbigeration kombiniert sich mit anderen Stereotypien, so bei Neissers Kranker, die verbigerierte „erbarme dich" und jedesmal den Rumpf vor- und rückwärts bewegte.

Nicht wohl zur Verbigeration zu rechnen sind Sprachstereotypien wie die folgenden: Einschieben von stereotypen Worten („bist du da, liebs Beschützerli, plumps, bist du da? plumps") oder auch nur von irgend welchen Lauten, die nicht der Sprache anzugehören brauchen (eine unserer Paranoiden hängte an jedes Wort, nach dem im Sprechen eine kleine Pause möglich war, einen grunzenden Ton an). Wieder anders ist es, wenn ein Patient auf alle Fragen nur mit dem Wort „schön" in verschiedenen Tonlagen antwortet. Auch Ausrufe, die nicht gleich nacheinander wiederholt werden, werden stereotypiert und ganz unabhängig von ihrem Sinn angebracht: So sagt eine Kranke seit dreißig Jahren alle Augenblicke: „es ist mir nicht wohl" als Zeichen der Freude, so gut wie zum Ausdruck von etwas Unangenehmem oder auch in anscheinend ganz gleichgültiger Stimmung; gelegentlich übersetzt sie einen Teil in eine fremde Sprache (well, bene).

Die schriftliche Verbigeration zeigt die gleichen Eigenschaften wie die mündliche. Wörter, Sätze, Buchstaben, haben sie einen Sinn oder nicht, werden mit oder ohne Variationen ins Unendliche wiederholt. Hinzu kommen aber noch allerlei Schnörkel, die an die Buchstaben oder unabhängig von denselben angebracht werden; namentlich lieben es die Katatoniker, mit den Satzzeichen zu spielen, eine bestimmte Anzahl von Punkten wird mit Strichen kombiniert, es werden Figuren daraus gebildet, die sich immer wiederholen usw. Ganze Schriftstücke können in großer Anzahl so genau gleich gefertigt werden, daß beim Aufeinanderlegen die einzelnen Buchstaben sich decken (Antheaume).

Auch die zeichnerischen Äußerungen neigen zur Stereotypie. Sie behandeln gerne ein und dasselbe Thema, kürzen es bis zur Unverständlichkeit ab, sei es, daß es sich um einfache Ornamente handle, die oft aus allerlei verschlungenen Strichen gebildet sind, sei es, daß Figuren oder andere Darstellungen bevorzugt werden. Ein Maler malte mit einigem Geschick eine Unzahl überschlanker nackter Jungfrauen in einer Felsenspalte, ohne je vom Thema abzugehen.

Zu unterscheiden von den Stereotypien der Sprache sind diejenigen *der Gedanken und Wünsche*, die dann natürlich auch sprachlich immer gleich geäußert werden. Man kann wohl die oft ganz automatisch gewordenen Bitten um Entlassung, die sich täglich in der gleichen Form wiederholen und auf die viele Kranke gar keine Antwort erwarten, hierherzählen. Das Gleiche ist es, wenn eine Patientin täglich verlangt, daß wir ein Parkfest abhalten, obschon sie wissen kann, daß dies, abgesehen von allen anderen Hindernissen z. B. im Winter ganz unmöglich ist. Weniger verständlich wird es, wenn ein Patient lange Zeit jede Frage mit der Gegenfrage beantwortet: „Wäre es nicht gut, ein Pechpflaster aufzulegen?"

Die *Stereotypie der Gedanken* ist oft eine so große, daß die Kranken unfähig sind, etwas anderes zu denken, als einen oder ganz wenige Gedanken. Hierher gehört es wohl auch, wenn ein katatonischer Arzt bei den verschiedensten Indikationen immer das gleiche Mittel verschreibt.

Die *Stereotypie der Halluzinationen* fällt namentlich auf dem Gebiete des Gehörs auf, wo die Patienten tausende von Malen immer die gleichen Worte, die gleichen Beschimpfungen vernehmen müssen.

Die Stereotypien kommen nicht immer ohne *äußeren Anlaß* von innen heraus; bei Erzählungen werden oft bestimmte Komplexstellen der Kranken damit markiert; so machte eine Katatonische viele Jahre lang, nicht nur wenn sie ihren Gedanken nachhing, sondern im Gespräch gewisse Kreisbewegungen mit ihren Armen, die bedeuteten, daß sie viele Millionen habe.

Das *Verhalten der Kranken den Stereotypien gegenüber* ist ein sehr buntes. Die meisten benehmen sich, wie wenn die Stereotypie etwas Selbstverständliches wäre. Einzelne suchen sie vergeblich zu unterdrücken. Arbeitende Patienten unterbrechen während der Arbeit ihre stereotypen Bewegungen; andere suchen beides miteinander zu vereinigen; wieder andere setzen bei der Arbeit aus, um Bewegungen auszuführen.

Auskunft, warum die Kranken die Bewegungen machen, bekommt man auf direkte Fragen nur ganz ausnahmsweise. Die Kranken geben irgend einen Grund an: „um eine Beschäftigung zu haben", „die Religion zu retten" usw., oder sie lehnen die Auskunft ab. Bei solchen Erkundigungen kommen aber sehr häufig allerlei Komplexsymptome zum Vorschein: Ein ganz torpider Kranker, der monatelang keine rasche Reaktion gezeigt hat, antwortet auf die Frage, warum er beständig die Finger im Gesicht habe: „Das ist eine Coutume von mir", und das viel prompter als ein Normaler und mit sichtlichen Zeichen der Erregung. Auch Negativismus wird häufig durch solche Fragen provoziert.

Die Stereotypien haben große Gewalt über die ganze Psyche. Nicht nur, daß sie andere Handlungen unmöglich machen können und oft den Kranken zum Innehalten der unbequemsten Stellungen veranlaßten; sie können sich durchsetzen auch auf Kosten der Integrität des Körpers: Bei relativ gesunder Zirkulation kann die Innehaltung der gleichen Lage zu Dekubitus führen; oft ist es schwer, Patienten, die immer die gleiche Hautstelle reiben, vor ernsten Verletzungen und Infektionen zu bewahren. Frauen, die beständig mit den letzten Fingern die Schürze oder den Rock in die Höhe halten, bekommen manchmal *Dupuytren*sche Kontrakturen; und in der Zeit, da man die Kranken mehr sich selbst zu überlassen pflegte, waren Kontrakturen der Beine, die die Kniee in der Nähe des Kinns festhielten, keine Seltenheit.

Wie schon aus einigen angeführten Beispielen hervorgeht, sind die Stereo-

typien keineswegs ganz unveränderlich. Durch äußere Einflüsse können sie modifiziert werden, ja sie können sich den Verhältnissen anpassen. Eine Patientin hatte die Gewohnheit, wenn eine männliche Person auf die Abteilung kam, in einer gar nicht üblen, selbstgemachten Melodie unzählige Male zu singen: „O was für ein schöner prächtiger Herr Pfarrer!" Als ich nun einmal mit schmutzigen Schuhen von der Straße kam, sang sie: „Was für ein schöner dreckiger Herr Pfarrer!" Sehr häufig werden Worte, die in der Umgebung ausgesprochen oder begrifflich angedeutet wurden, mit den ursprünglichen Stereotypien verquickt. Auch durch zufällige Assoziation verbundene Worte können neu hineinkommen: „Hallelujah (5mal), holla, holla, holla; oh la, oh la, was hat es gegeben".

Auch können Wünsche, die in der Verbigeration zum Ausdruck kommen, erweitert werden und ebenfalls ihren Ausdruck finden.

Am häufigsten ist die allmähliche Abkürzung der Stereotypie. Bewegungen, die zuerst einen guten Sinn haben, das Nachmachen des nähenden Schusters, das Balancieren beim Tanze werden bis zur Unkenntlichkeit gekürzt; aus „heimgehen" wird nach einiger Zeit „hei", dann bloß „ei, ei"; eine ganze Erzählung, die die Reise zum Geliebten darstellt, kann schließlich zu einem schluckenden Tone, der etwa wie „hm" klingt, zusammenschrumpfen.

5. Die Manieren[1]).

Viele Patienten nehmen bestimmte Posen an. Der läuft mit gekreuzten Armen in der Stellung herum, wie er einen Premierminister abgebildet gesehen hat; der ahmt Bismarck bis auf seine Schrift nach; die meisten begnügen sich in Haltung, Miene und Kleidung, in Sprache und Schrift in mehr allgemeiner Weise irgend etwas Besonderes zu mimen, wobei sich die einen jahrzehntelang konsequent bleiben, die anderen beständig aus der Rolle fallen. Fast immer hat dieses Gebahren etwas Gemachtes, Gespreiztes an sich; es bleibt unangepaßt an Gelegenheit und Umstände, ungenügend modulierbar. So werden die Manieren fast immer zur Karikatur.

Die meisten Manieren aber sind uns ganz unverständlich geworden. Alles, was man überhaupt tut, kann im Sinne schizophrener Manieren modifiziert werden, ohne daß der Grund zu sehen wäre.

Das Gehen wird anders; ein noch ganz intelligenter, fleißiger Anstaltspatient geht nie anders als im Laufschritt; Waschen, Ankleiden wird anders gemacht als von den Gesunden. Beim Essen wird der Löffel nur an der Spitze gehalten oder umgekehrt in der Höhlung; es wird vor dem Einnehmen eines Bissens dreimal auf den Teller geschlagen; die Speisen werden siebenmal auf die Gabel genommen und herabgeworfen, bevor sie in den Mund kommen. Die Kranke geht dreimal um den Nachtstuhl herum, bevor sie sich setzt. Ein Maurer macht über jeden Ziegelstein, den er legt, eine wehende Bewegung mit beiden Händen.

Neben dem Essen gibt die Sprache die beste Gelegenheit zu Manieren. Ganz abgesehen von dem Pathos der verschiedensten Art wird im Telegrammstil gesprochen, in Infinitiven, in Diminutiven; Fremdwörter werden mit affektierter Betonung gebraucht, an alle Wörter wird ein „— io" oder ein „—ismus" angehängt:

[1]) Manieren sind auffallende Abänderungen von gewöhnlichen Handlungen. Ziehen hat sie „Abänderungsstereotypien" genannt. Es brauchen sich aber nicht alle Manieren zu stereotypieren.

es wird skandiert, in Rhythmen gesprochen, in Reimen geschrieben. Eine unserer Kranken öffnete beim Sprechen in vielen Jahren die Lippen niemals, wobei es ihr ganz gleichgültig war, daß niemand sie verstand. Die Stimme wird verändert; eine Katatonika habe ich in zehn Jahren nie anders als in Fistelstimme oder in herausgepreßten Tönen sprechen hören.

Die eigentlichen Ausdrucksbewegungen werden ebenso verändert. Alle möglichen gespreizten Gebärden kommen vor; Johlen, Kreischen, Quieken wird an den unpassendsten Stellen angebracht. Zum Gruß wird die Hand verkehrt oder ganz steif gereicht oder nur der kleine Finger; oder die Hand wird rasch vorgestoßen und wieder zurückgezogen. Achselzucken, Grimassen aller Art, sonderbare Zungen- und Lippenbewegungen, Fingerspielereien, plötzliches Ausfahren u. dgl. sind die Ursache, daß man auch von choreatischen und tetanieartigen Bewegungen bei der Katatonie gesprochen hat, allerdings mit Unrecht. Dagegen lassen sich wohl manche solche Bewegungen nicht scharf von Tics unterscheiden

6. Der Negativismus.

Unter dem Namen des Negativismus werden eine Anzahl Symptome zusammengefaßt, die alle das Gemeinsame haben, daß eine Reaktion, die im positiven Sinne zu erwarten gewesen wäre, negativ abläuft: die Kranken können oder wollen nichts tun, was man von ihnen erwartet (passiver Negativismus) oder sie tun das Gegenteil oder wenigstens etwas anderes (aktiver oder konträrer Negativismus).

Wenn die Kranken aufstehen sollten, so wollen sie zu Bette bleiben; sollten sie im Bett sein, so wollen sie aufstehen. Sie wollen auf Befehl oder gemäß der Anstaltsordnung weder sich anziehen, noch sich ausziehen, weder zum Essen kommen noch vom Essen gehen, kurz sie widerstreben allem und jedem und werden dadurch recht schwierige Objekte der Behandlung[1]). Sie verweigern die reguläre Nahrung, essen aber mit Gier, was sie auf unrechtmäßige Weise erlangen, z. B. den anderen wegnehmen können. Oder sie essen nur heimlich oder nur zur Unzeit. Sie schimpfen über das Essen, können aber auf die Frage, was sie denn wünschen, nur antworten: „Etwas anderes, nur nicht, was man hat." Sie gehen spontan nicht auf den Abort; führt man sie hin, so befriedigen sie ihre Bedürfnisse nicht, beschmutzen aber sofort das Bett oder die Kleider, sobald sie von dem für solche Dinge passenden Ort wegkommen. Sie wenden sich ab, wenn man zu ihnen spricht, kneifen die Augen zu; letzteres tat eine Patientin so kräftig, daß jeweilen das obere Lid teilweise evertiert wurde, ohne daß sonst eine Anomalie desselben wahrzunehmen gewesen wäre. Sie sagen auf „guten Tag" „adieu"; machen die Arbeiten verkehrt, nähen die Knöpfe auf die falsche Seite der Kleider, essen die Suppe mit der Gabel oder mit dem Dessertlöffel und das Dessert mit dem Suppenlöffel; setzen sich beständig an einen ihnen nicht zukommenden Platz, gehen in alle Betten, nur nicht ins eigene, nennen unsere Kinder mit dem zweiten Namen, den sie irgendwo aufgeschnappt haben, statt mit dem Rufnamen. Ein Hebephrene sollte Holz sägen: er holt Scheiter; nun soll er Scheiter holen: er bringt sie von einem falschen Haufen; er soll die Rampe hinuntergehen: er sträubt sich, macht dann aber plötzlich eine Volte über das Geländer hinunter.

Eine Teilerscheinung des Negativismus ist auch die oben erwähnte Muskelstarre, die eine stereotyp (oder seltener vorübergehend) eingenommene Stellung gegen alle Einflüsse behauptet.

---

[1]) Engländer sprechen von einer „mulish resistiveness".

Viele gehen über den passiven Widerstand hinaus, wehren sich aus Leibeskräften gegen alle Eingriffe, oft mit Schimpfen und Dreinschlagen. Selbstverständliche Kleinigkeiten, die man von ihnen verlangt, bringen sie in die höchste Wut. Immerhin gibt es auch nicht allzu seltene Fälle, wo die Kranken lachend beißen, kratzen, schlagen oder dem Arzte, dem sie widerstreben, mit freundlicher Miene nachlaufen und damit beweisen, daß sie eigentlich nichts gegen ihn haben, sondern daß der Negativismus sich nur auf das bezieht, was man von ihnen verlangt. Sie verweigern mit einer schnöden Bemerkung die Hand zum Gruße, geben aber dem Arzt zugleich ihre Tasse, aus der sie trinken, zum Halten.

In einzelnen Fällen wird so konstant das Gegenteil von dem gemacht, was man von den Kranken wünscht, daß man das benutzen kann, um sie zu lenken („Befehlsnegativismus"). Die Frau eines Kranken hatte das zu einem System ausgebildet und sogar bei den Spaziergängen, die sie wünschte, dem Mann immer die gegenteilige Richtung vorgeschlagen, wobei sie sicher sein konnte, daß er dann das tat, was sie eigentlich wollte. Auch in den Anstalten ist es oft möglich, die Kranken dadurch zu einer Handlung zu bewegen, daß man sie ihnen verbietet. Wenn sie zum Essen kommen sollen, sagt man: „Gehen Sie nicht zum Essen"; wenn sie vorwärts gehen sollen, sucht man sie etwas zurückzudrängen u. dgl. Eine weniger angreifbare Benutzung negativistischer Tendenzen ist es, wenn man den Patienten bei notwendigen Dislokationen auf kurze Distanz rückwärts gehen läßt, wozu er sich oft leichter versteht als zum Vorwärtsgehen.

Auf Fragen bekommt man von negativistischen Kranken sehr wenig Auskunft. Sie hüllen sich in Schweigen, fangen an zu schimpfen oder geben Antworten auf eine nicht gestellte Frage; eine unserer Kranken sagte es heraus, sie antworte gerade das nicht, was wir wissen möchten, wenn sie es merke. Andere haben Ausreden; sie können nicht antworten, weil das eine dumme, eine kitzlige Angelegenheit betreffe. Recht charakteristisch ist die Negation à tout prix bei einer Kranken, die auf die Frage, wie sie heiße, antwortete: „Ich heiße nicht so." Viele weichen aus, so daß man nie an ein Ziel kommt, obschon sie scheinbar auf alles antworten. Auf die wiederholte Frage, seit welchem Jahr er verfolgt werde, antwortete ein Patient: 1. „Seit einem Prozeß, bei dem ich viel Geld verloren"; 2. „ich habe viele (sc. Prozesse) gehabt"; 3. „ich habe über 800 Mark dabei verloren" usw.

Der Negativismus ist auch eine der Wurzeln des schizophrenen Danebenantwortens.

Oft werden Fragen, die den Komplex anschneiden, zuerst ohne Besinnen verneint, und zwar auch dann, wenn der Gefragte gar keinen bewußten Grund hat, nicht richtig zu antworten, und wenn er nachher ganz gerne Auskunft gibt. Wir treffen das Symptom aber auch bei nicht negativistischen Schizophrenen und in geringerem Maße auch bei Gesunden. Es liegt in vielen Komplexen etwas, das ein Eingehen auf dieselben erschwert und damit den Negativismus vortäuscht oder auch begünstigt.

Kranke, die aus Negativismus nicht antworten, reagieren zuweilen auf Fragen, die anderen gestellt werden; sie nennen dann z. B. den eigenen Mann, wenn eine Nachbarin den Namen ihres Gatten sagen sollte.

Durch Zuspruch läßt sich der Negativismus nur in den leichteren Fällen überwinden: in ausgesprochenereren werden dadurch die Patienten nur noch

widerspenstiger. Viel besser ist schon Ignorieren und Abwarten. Oft wird das Verlangte getan, sobald die dafür geeignete Zeit vorbei ist. Die Patienten ziehen beim Gruß die Hand zurück, um sie, wenn man sich an andere Kranke wendet, mit einem plötzlichen Ruck zu bieten, allerdings gewöhnlich so, daß die Berührungsfläche eine möglichst geringe ist, oder so, daß die Hand am Ziele vorbeifährt. Ebenso geben sie uns erst Antwort, oder wollen sie erst reden, wenn man im Begriff ist, das Zimmer zu verlassen; sie tun ihre Arbeit nicht, wenn man sie darum ersucht, gehen aber spontan hin, wenn man nichts sagt. Ein Arzt, der noch in Stellung ist, konnte sich einmal auf alle Aufforderungen des Schaffners nicht entschließen, die Elektrische zu besteigen, um ihr dann nachzurennen, nachdem sie sich in Bewegung gesetzt hatte. Wenn man nachgeben kann, sieht man überhaupt oft den Negativismus schwinden. Kranken, die auf Anordnung nicht in einem Zimmer bleiben wollen, braucht man manchmal nur die Türe zu öffnen, dann gehen sie nicht hinaus oder kommen gleich wieder herein.

Manchmal nutzt allerdings auch bei scheinbar leicht Kranken weder Abwarten noch Nachgeben. Es gibt Fälle, wo der Negativismus geradezu Anlaß zur Betätigung sucht und zu einer höchst unangenehmen Schikanose ausartet.

Solche Kranke sträuben sich mit allen Mitteln zu essen, aufzustehen, zu spazieren; beklagen sich aber, nicht nur Fremden, sondern auch dem Anstaltspersonal gegenüber, daß sie nichts zu essen bekommen, daß man sie zwinge im Bette zu liegen, ihnen verbiete zu spazieren. Eine Kranke, die taub geworden war, aber ganz gut sprechen konnte, schrieb alles auf, was sie zu sagen hatte, wollte aber nicht, daß wir ihr anders als mündlich Antwort gaben, wodurch die Unterhaltung meist ganz unmöglich wurde. Sie versteckte ihre und anderer Patientinnen Taschentücher, wo sie nur konnte, und beschwerte sich dann bei allen Instanzen, daß die Wärterinnen ihr die Taschentücher stehlen. Sie verlangte Bäder von ausnahmsweiser Temperatur, und wenn sie sie erhielt, schimpfte sie, man hätte sie verbrennen wollen oder zuleide in ganz kaltes Wasser gesteckt. Solche Dinge waren jahrelang ihre Hauptbeschäftigung. Die Fälle werden besonders dadurch schwierig, daß sie sich Dritten gegenüber immer ins beste Licht zu setzen wissen, so daß sie überall Glauben finden.

Inwieweit in solchen Fällen der Negativismus das Denken und die Erkenntnis des Patienten fälscht, konnte ich noch nicht eruieren. Sicher aber halten sie wenigstens einen Teil ihrer Klagen selbst für richtig; vielleicht fehlt ihnen das Bewußtsein des Unrechts ganz.

Es gibt nämlich auch Vorgänge, die wir zum Negativismus zählen müssen, und bei denen nicht die Außenwelt, sondern das Streben und Fühlen der Patienten selbst verneint wird („innerer Negativismus"). Die bekannte Erscheinung, daß man immer das, was man erreicht und getan hat, für das Unrichtige hält, kommt bei den negativistischen Schizophrenen sehr häufig und in starker Übertreibung vor. Da ist eine Kranke, die mit allem Eifer ihre Verlobung betrieben hat; nachdem sie sie zustande gebracht hat, macht sie sich Vorwürfe, sie habe übereilt gehandelt, worauf die Krankheit manifest wird. Ein Hebephrene „weiß, wenn er draußen ist, nicht, warum er hinausgegangen, und wenn er drin ist, nicht, warum er drin geblieben". Er sagt für sich: „Da sitzt das Kalb wieder drinn, statt draußen zu sein." Wenn das Tor offen ist, so sieht er starr darauf hin; wenn es geschlossen ist, ärgert er sich darüber, daß er die gute Gelegenheit zum Hinausgehen nicht benutzt hat. Die gleiche Erscheinung kann sich auch

als Zwang äußern: eine Kranke muß, wenn sie ein bestimmtes Stück gestrickt hat, es wieder auflösen; oder der Kranke „sagt immer das, was er nicht sagen will"; so kommen manche dazu, gleich nachher zu widerrufen, was sie soeben behauptet: „Ich muß das verrujenieren und nicht verkegeln (selbstgemachter Ausdruck). Ich muß das verkegeln und nicht verrujenieren." „Ich bin der Herr Papa und nicht die Frau Mama; ich bin die Frau Mama und nicht der Herr Papa." Oder: „Ich bin ins Burghölzli gekommen, damit ich ein Zeugnis bekomme. Nein, ich will kein Zeugnis, unbedingt nicht." In den ersten beiden Fällen handelte es sich um spontane Verbigeration, im letzten um ein Gespräch, das die Wünsche des Patienten hätte ausdrücken sollen. In beiden Fällen wurde sehr viel so gesprochen (intellektueller Negativismus, vgl. intellektuelle Ambivalenz).

Manchmal zeigt sich der innere Negativismus als Gegensatz von Rede und Handlung, so wenn eine Patientin (die schon gegessen hat) sich an den Platz einer andern setzt, zu den Anwesenden sagt: „Ihr braucht keine Angst zu haben, ich nehme nichts", und gleichzeitig anfängt zu essen.

Nicht als innerer Negativismus aufzufassen ist der Gegensatz, in dem die verschiedenen Persönlichkeiten im Patienten zueinander stehen, obschon natürlich die beiden Phänomene viele Berührungspunkte haben. Ein Patient sagt: „Ich bin der liebe Gott im Himmel selbst"; dann korrigiert er sich: „Schreib's nur nicht auf, es ist eine verdammte Lüge, daß ich der liebe Gott bin." In diesem Falle kommt nach der autistischen Wahnidee die bessere Einsicht respektive das normale Stück des Patienten und bedingt so den Widerspruch.

Der innere Negativismus überträgt sich auf die Halluzinationen: die Stimmen sagen den Kranken anhaltend das Gegenteil von dem, was sie tun sollten, auch nach ihrer eigenen Ansicht. Oder wenn die Kranken etwas tun, so verbieten es die Stimmen oder sagen wenigstens, es sei nicht recht; wenn die Kranken dann der Stimme folgen, so ist es auch wieder nicht recht. Manche, die noch nicht ganz gleichgültig sind, werden durch diese Erscheinung zur Verzweiflung gebracht. Ein Techniker nannte diese Stimmen „Plus- und Minusstimmen".

Der innere Negativismus kann sich auch im Handeln äußern, so daß die Kranken gar nicht das tun können, was sie wollen (Kraepelins „Gegenwille"). Auch aus freiem Antrieb gehen sie zu Stuhle, verrichten aber doch daselbst die Notdurft nicht, sondern nachher ins Bett. Sie möchten eine bestimmte Speise, die dasteht, essen, können sie aber nicht nehmen. Eine Kranke soll laut lesen; sie gibt sich sichtlich Mühe, es zu tun, kann aber den Mund nicht öffnen und bekommt Schlundkrampf. Einzelne Negativistische scheinen in dieser Weise zu bestimmten Handlungen unvermögend zu sein, wenn ihnen jemand, gegen den der Negativismus sich äußert, zusieht, wie Gesunde manches vor Zuschauern nicht fertig bringen.

Manchmal sitzt die negativistische Sprachstörung weiter zentral, wenn man so sagen darf; die Sprachorgane gehorchen den Impulsen richtig, aber es werden negative Ausdrücke gegen den Willen des Patienten gesagt, so daß das Gegenteil von dem herauskommt, was er sagen will. Eine Kranke soll zur Vorstellung aufs Podium steigen. Sie protestiert beständig, sie wolle nicht da „hinunter". In einzelnen Fällen werden aber negative Ausdrücke gebraucht, wo formell positive angebracht wären, ohne daß der Sinn verändert würde.

Eine Katatonika sagte z. B. statt schön „nicht häßlich". Nach einiger Zeit wurde ihr das „nicht häßlich" zu einem einheitlichen positiven Ausdruck; sie sagte dann statt häßlich: „nicht nicht häßlich". Auch dieser Ausdruck erstarrte rasch wieder zur Formel, in der sie die Negation nicht mehr fühlte, und schön wurde dann: „nicht nicht nicht häßlich". Als die Sache noch weiter ging (nicht nur bei diesem Ausdrucke, sondern auch bei anderen), verwirrte sich die Kranke leicht, indem sie statt der ungeraden Zahl der einander aufhebenden Negationen die gerade brauchte oder umgekehrt, oder sich überhaupt nicht mehr zurechtfinden konnte; sie beklagte sich dann über die Umgebung, die sie verwirrt habe.

Der „Gegenwille" bewirkt oft nicht gerade die der gewollten entgegengesetzte Handlung; er braucht das Handeln als solches nicht ganz zu verhindern. Er bewirkt oft nur, daß gerade das, was der Patient will, nicht getan werden kann, dafür aber etwas anderes, so daß das äußerliche Bild der Apraxie entsteht (statt die Haare zu kämmen, fährt der Patient mit dem Kamm über den Rock). Ich kann viele solcher Handlungen direkt nicht von organischer Apraxie unterscheiden. Ebensowenig ist es mir möglich, im einzelnen Falle den Anteil des Negativismus und den der Benommenheit und des Emotionsstupors abzuwägen (vgl. Kapitel „Benommenheit"). Ich bin aber überzeugt, daß alle diese Dispositionen mitwirken können.

Den Übergang vom gewöhnlichen Negativismus zu solchen apraxieähnlichen Symptomen zeigen Fälle, in denen nur ein Teil der Muskeln im Sinne der gewollten Handlung arbeitet, während andere durch entgegengesetzte Kontraktion den Erfolg erschweren oder verhindern. Meschedes Kranker drehte, wenn er den Blick nach links richten wollte, nur den Kopf in dieser Richtung, die Augen aber nach der andern Seite. Häufig habe ich das gleiche gesehen bei der Aufforderung, Klavier zu spielen. Die Patienten ließen sich herbei, mit den Armen die nötige Bewegung zu machen, oft mit großem Ausholen und deutlichem Kraftaufwand, sie flektierten aber zugleich die Hände maximal dorsalwärts, so daß die Finger die Tasten doch nicht berührten.

Der intellektuelle Negativismus kann sich sogar auf die Auffassung der Umgebung, auf die Orientierung erstrecken. So behauptete ein Kranker, der Zürichberg habe früher im Westen gestanden, der Uetli im Osten (in Wirklichkeit stehen die beiden Berge in umgekehrter Richtung).

Einen bestimmten, dem Negativismus zugrundeliegenden Affekt („der Ablehnung" Groß) kann man nicht sehen. Negativismus kann bei jeder Art des manifesten Affekts auftreten. Wir sehen ihn bei manischen Aufregungen und bei der gleichgültigen Euphorie der Schizophrenen ebensogut wie bei Depression oder bei affektloser Stimmung. Natürlich aber ist Gereiztheit und Zorn sehr häufig sowohl Grundlage als auch Folge des Negativismus.

Auch Überlegungen spielen primär keine Rolle bei den negativistischen Erscheinungen. Sind Wahnideen oder falsche Auffassungen die Ursache der Ablehnung, so liegt nicht Negativismus, sondern normales Handeln unter abnormen Bedingungen vor. Das hindert nicht, daß oft die negativistischen Akte mit Wahnideen begründet werden. Selbstverständlich beeinflussen und steigern sich Wahnideen und Negativismus oft gegenseitig.

Das Instinktive des Negativismus, seine Unabhängigkeit vom Verstand zeigt sich denn auch darin, daß er wie Bernstein (S. 563) hervorhebt, wenig

Unterschied zwischen angenehmen und unangenehmen, nützlichen und schädlichen Eingriffen macht. Auch der durstige Negativistische wird gereizt, wenn man ihm zu trinken bringt.

So können die Kranken für ihr negativistisches Verhalten meist keine rechten Gründe angeben; manchmal bringen sie Ausreden vor, die erst ad hoc gemacht sind, die wechseln, wenn man mehrmals das gleiche frägt, und die immer nur einzelne Fälle, nie das ganze Benehmen erklären können. Die Begründung durch Stimmen ist natürlich keine ausreichende, weil wir dann nur vor der gleichen Frage stehen, warum die Stimmen negativistisch seien. Auch die Begründung durch Wahnideen ist sichtlich in sehr vielen Fällen eine ungenügende. Zunächst kann man auch hier fragen, warum die Wahnideen negativistisch seien. Dann aber sind die vorgeschützten Wahnideen und Ausreden meist gar nicht geeignet, eine genügende Erklärung zu geben, teils weil der Normale auf die gleichen Ideen nicht negativistisch reagieren würde, teils weil die Kranken im übrigen gar nicht nach diesen Wahnideen handeln. Eine Kranke weigert sich zu baden, weil sie körperlich rein sei und sich nie gewaschen habe; eine andere will nicht essen, weil sie sonst nicht selig wird, ißt aber heimlich, soviel sie bekommen kann. Nicht besser steht es mit den Fällen, wo die Kranken meinen, sie dürfen nicht anders handeln. Das eigentliche Symptom ist immer der Negativismus, der erst geeignet ist, die Art und den Inhalt der anderen Erscheinungen zu begründen.

So unzugänglich unsere stark negativistischen Fälle in den Anstalten erscheinen, etwas ganz Starres ist auch der ausgesprochenste Negativismus nicht. Er ist gegen bestimmte Personen meist größer als anderen gegenüber; manche Kranke zeigen ihren Negativismus nur im Verkehr mit den Anstaltsärzten, andere beziehen auch das Wartepersonal oder nur das Wartepersonal ein; Mitpatienten, Angehörige und namentlich Unbekannte können oft in ziemlich normaler Weise eine kurze Zeit mit Kranken verkehren, die sonst während Jahren alles abweisen. Besonders deutlich zeigt sich eine sehr enge Beziehung des Negativismus zu den Komplexen. Viele Kranke sind in einem Gespräch ganz ungehemmt, bis ein Komplex angeschnitten wird, dann kommt mit oder ohne Sperrung der Negativismus, und man kann am gleichen Tage, oft für längere Zeit, nichts mehr mit ihnen anfangen. Nicht selten ist aber auch das umgekehrte Verhalten, daß die Kranken abweisend sind, bis sie durch Eingehen auf ihre Leitideen aufgeschlossen werden und dann sehr zugänglich bleiben, allerdings meist nur vorübergehend.

7. Die Befehlsautomatie und die Echopraxie.

In äußerem Gegensatz zum Negativismus steht die Befehlsautomatie. Manche Kranke folgen irgendwie gegebenen Antrieben von außen mehr oder weniger mechanisch, und gelegentlich sind sie gar nicht imstande, solchen Suggestionen zu widerstehen, auch wenn sie es wünschen. Kurz und sicher gegebene Befehle werden oft auch von sonst widerstrebenden Kranken sofort ausgeführt. Es muß sich allerdings um einfache Dinge handeln, wie vom Essen aufzustehen, sich anzukleiden; eine andauernde Arbeit, ein Aufsatz z. B. läßt sich nicht in dieser Weise erzwingen. Auch unangenehmen Aufforderungen leisten solche

Kranke Folge: so strecken auch nicht analgetische Patienten wiederholt die Zunge heraus, obgleich sie wissen, daß man in diese einsticht.

Zur Befehlsautomatie rechnet Kraepelin auch die Flexibilitas cerea. Wir haben sie in anderem Zusammenhang beschrieben, unter anderem deswegen, weil kataleptische Symptome auch auftreten können, ohne daß dem Patienten die Idee gegeben zu sein braucht, er müsse eine bestimmte Stellung festhalten. Die Aufforderung zu einer Handlung braucht allerdings auch bei Befehlsautomatie nicht ausdrücklich gegeben zu sein. Die motorische Komponente, die in jeder Idee liegt, genügt oft zur Ausführung. So schloß eine unserer Katatonischen die Augen, wenn sie vom Schlaf sprechen hörte, und die deutlichste und häufigste Teilerscheinung der Befehlsautomatie ist die Echopraxie und Echolalie, das Nachahmen ganz gleichgültig aufgenommener Eindrücke. Leicht benommene, oft aber auch ganz besonnene chronische Patienten machen, meist ohne sich dabei etwas zu denken, also auch ohne zu widerstreben, die verschiedensten Handlungen, die sie von anderen sehen, nach: Mimik, Bewegungen, Schreien, Worte. Das Symptom wird deshalb auf den Abteilungen recht unangenehm. In einer Pflegeanstalt, wo die Kranken sehr schlecht diszipliniert waren, sah ich viele Male, daß, wenn beim Essen eine Kranke einen Teller fortwarf, im nächsten Moment ein halbes Dutzend Geschirre durch die Luft flogen. Schreien, Raufen regt an; ein einziger unruhiger Patient kann eine ganze Abteilung ebenfalls laut werden lassen. Sonderbare Gesten und Stereotypien eines Kranken werden von anderen nachgemacht; v. Muralt erzählt von einem Katatoniker, der jahrelang immer einen anderen kopierte. Fragen, die an die Kranken gerichtet werden, wiederholen sie. In anderen Fällen werden namentlich Bewegungen nachgemacht, die auffallen, z. B. weil sie sehr brüsk ausgeführt werden. Man hebt experimenti causa einen Arm plötzlich in die Höhe oder dreht die Hände umeinander, um vom Kranken imitiert zu werden. Doch können auch Tierstimmen, ja Abbildungen aus Büchern, nachgeahmt werden.

Bemerkenswert ist der Riklinsche Fall (612) von Katatonie, der zeitweise auf Fragen, die den Komplex betrafen, im Sinne desselben antwortete, andere Fragen aber einfach wiederholte. Meist ist es unklar, was für eine materielle Auswahl die Echopraxie unter den gebotenen Eindrücken trifft. Es gibt auch Fälle, wo die Echolalie durch Wahnideen motiviert wird, so wenn der Patient jede ihm gestellte Frage laut wiederholt — an die Adresse Gottes, der ihm dann sagt, was er zu antworten habe. Auch nach der Seite der Zwangshandlungen gibt es Übergänge: Wenn eine Hebephrene sprechen hörte, hatte sie die Empfindung, wie wenn die Stimmen von unten her in ihr aufstiegen, und fühlte den Drang, alles mitzusprechen. Ballet (38, S. 149) beschreibt auch eine „Écholalie mentale", wobei der Patient Gehörtes innerlich nachsprechen muß, und eine „Écholalie hallucinatoire", wobei Patient seine Halluzinationen nachsprechen muß.

Die Befehlsautomatie kommt häufig in Verbindung mit Negativismus vor, bald abwechselnd, bald gleichzeitig mit ihm. So sprach ein Patient Kraepelins (389, S. 36) zwar nach, öffnete aber dabei aus Negativismus den Mund nicht.

8. Die Automatismen.

Auch innere Antriebe können zu automatischen Handlungen führen. Meist kommen auf diese Weise nur einfachere Akte zustande.

Unbedeutende Bewegungen, Hochheben der Arme, Einnehmen der Stellung des Gekreuzigten, mit den Füßen an die Wände schlagen, im Kreise herumgehen, sich verkriechen, Schreien, Tierstimmen nachmachen u. dgl. Ein großer Teil der Bewegungsstereotypen verläuft automatisch. Von eigentlichen Handlungen sind Ohrfeigen austeilen, Zerreißen, Scheiben einschlagen, Schmieren bei den Anstaltsinsassen recht häufige automatische Entäußerungen. Freie Patienten begehen etwa einen Mord (472, S. 11) oder eine Brandstiftung. Meist kommt es allerdings trotz des Antriebes nicht zur Vollendung solcher Übeltaten. Die Kranken benehmen sich dabei oft so ungeschickt, daß sie das Ziel nicht erreichen, und daß man manchmal den Eindruck bekommt, es sei ihnen nicht recht ernst, oder ein innerer Widerstand hindere sie an der richtigen Ausführung.

Häufiger als Verbrechen gelingen Selbstbeschädigungen, wenn auch die Mehrzahl der Suizidversuche nicht zum Ziele kommt. Es scheint, daß einzelne Fugues (siehe unter: Akute Syndrome) auch zu den Automatismen gehören; die meisten werden aber hysteriform sein.

Es gibt verschiedene Grade des Automatismus, je nach der Menge und der Art der abgespaltenen Assoziationen.

1. Der Kranke zerreißt mit vollem Bewußtsein dessen, was er tut, die Kleider; er glaubt, selbst die Handlung zu wollen, kennt aber die Motive nicht. Er weiß nicht, warum und zu welchem Zweck er es getan hat. Die Umsetzung der Idee in Handlung und der ganze zentrifugale Teil des Vorgangs dagegen läuft in Verbindung mit dem bewußten Ich ab.

2. Auf der zweiten Stufe weiß der Kranke zwar auch, daß er eine Scheibe einschlägt, aber er will es eigentlich nicht tun; die Handlung kommt ihm als etwas außer dem Willen Stehendes vor. Hier bleibt nicht nur das Motiv, sondern auch die Umsetzung in Handlung ohne rechte Verbindung mit der bewußten Persönlichkeit. Diese ist aber noch so beeinflußt, daß ihr die Handlung gleichgültig erscheint. Der Patient tut etwas, was er eigentlich nicht tun will, dem er sich aber auch nicht widersetzt[1]). Er stellt dem Antrieb seine Persönlichkeit nicht gegenüber, sie ist noch zu sehr mit demselben verbunden.

3. Im dritten Grade wehrt sich der Patient gegen den auftauchenden Antrieb; er empfindet diesen als einen Zwang. Die Person mit ihrem Willen und ihrer Einsicht stellt sich dem Antrieb gegenüber. Die Zwangsantriebe werden, wenn sie stärker sind als die Persönlichkeit, zu Zwangshandlungen. Die letzteren treten numerisch sehr in den Hintergrund gegenüber den Zwangsantrieben und den einfachen ungewollten Handlungen, die am häufigsten vorkommen.

4. Eine gebildete Katatonika, die während der Aufregungen viel Unsinn gemacht hatte, äußerte, sie erinnere sich an alles wie an einen Traum; was sie getan habe, sei ihr aber ein Gebot gewesen, ein moralisches Gesetz, kein eigentlicher Zwang; es sei ihr alles ganz vernünftig vorgekommen. Hier hat der Impuls die geschwächte Überlegung des halben Traumzustandes beeinflußt; die Impulse

[1]) Schreber „läßt das Brüllen einfach über sich ergehen".

kamen ihr noch als etwas fremdes vor („ein Gebot"), aber sie waren so mit dem Ich verbunden und beeinflußten das bewußte Denken so, daß die Patientin nicht darüber räsonieren konnte.

5. In einzelnen Fällen beobachtet man, daß die Kranken zwar wie Normale ihrer Absicht entsprechend essen oder die Hand geben, aber die Empfindung haben, wie wenn die Glieder das Gewollte ohne ihr Zutun ausführen: „Ich tue es gar nicht, die Hand gibt sich Ihnen selbst". Hier ist der ganze Antrieb zur Handlung in normaler Weise mit dem Ich verbunden; der Übergang des Willens auf die zentrifugalen Bahnen geschieht aber ohne Verbindung mit dem Ichkomplex. Die Patienten registrieren mit den Augen, meist auch mit den kinästhetischen Sinnen die Handlung ihrer Glieder. Solche Fälle sind nach meiner Erfahrung am ehesten in subakuten Stadien zu beobachten, aber nicht gerade häufig.

6. Öfter ist die ganze automatische Handlung von der bewußten Person des Patienten abgespalten: die Glieder tun etwas, der Mund spricht etwas, von dem die Patienten nur als Zuschauer während der Ausführung durch ihre Sinne Kunde erhalten wie eine dritte Person. Namentlich Schreiben und Sprechen kommt oft auf diese Weise zustande. Nur das sind die automatischen Handlungen im vollen Sinne des Wortes. Unrichtigerweise werden sie auch etwa als Zwangshandlungen bezeichnet; es findet aber kein Widerstand, also auch kein Zwang statt. Die Kranken kommen nur insofern in eine Zwangslage, als sie während des Ablaufs der Automatismen ihre damit beschäftigten Organe zu nichts anderem brauchen können.

Zwischen den angeführten Kategorien von automatischen Handlungen gibt es alle Übergänge; es ist aber bemerkenswert, wie genau oft ganz ungebildete Patienten die Anomalien schildern können, wenn man sich nur hütet, ihnen etwas zu suggerieren.

Oft beklagen sich auch melancholische Schizophrene, sie seien Automaten. Das hat aber mit Automatismen nichts zu tun, sondern will meist ausdrücken, daß sie nicht mehr die gewöhnlichen Affekte haben und nach ihrer Meinung „ganz gefühllos" sind.

Automatismen können auch eine gewollte Handlung verändern. Eine etwas komplizierte Strickarbeit wird immer schlechter; die Patientin gibt an, sie habe ganz gut gewußt, wie das Muster eigentlich hätte sein sollen, es „ging ihr aber einfach auf die falsche Art". Ein Radfahrer muß absteigen; er kann das Rad auch nicht mit der Hand führen, es geht nicht wie er will „es ist, wie wenn das Rad verrückt wäre". Ein Paranoider will einen Brief schreiben; gegen bessere Einsicht muß er „Verrücktes" hineinschreiben und nachher streichen.

Besonderen Charakter bekommen die Automatismen der Sprache. Die Kranken sind etwa selbst verwundert über das, was sie sprechen oder (was nicht ganz das Gleiche ist) was die Zunge spricht; sie vernehmen das nur durch das Gehör. Oder „die Worte werden ihnen auf die Zunge gelegt, so daß sie sie sprechen müssen", oder „das Maul spricht, ohne daß der Patient es will"; die Worte kommen „schön ausgesprochen auf die Zunge, ganz fertig" (Pfersdorff, 562). Bei Schizophrenen handelt es sich fast nie um längere zusammenhängende Reden, sondern um einzelne Worte und Sätze und dann um zerfahrenen Gallimathias. Cramer (141) hat bei

zweisprachigen Katatonikern beobachtet, daß das Zwangsreden nur in der Muttersprache auftrat.

Hier mag auch die Koprolalie erwähnt werden, die oft nicht nur schlimme Worte ausstößt, sondern sie an die Stelle von gewollten Worten mit guter Bedeutung setzt.

Die Automatismen erstrecken sich auch auf die inneren psychischen Vorgänge. Die Kranken richten ohne oder gegen ihren Willen die Aufmerksamkeit auf einen äußeren oder inneren Vorgang, oder „es denkt in ihnen", „es macht in ihnen Vorstellungen"; dem Denken fehlt die Empfindung der Spontaneität. Dazu kommt oft noch der wirkliche Zwang zu denken (was sie nicht wollen und wann sie nicht wollen); „tausend Dinge, Millionen Sachen muß ich denken", dabei haben die Kranken doch oft das Gefühl des Arbeitens, einer Anstrengung, einer schrecklichen Ermüdung. Oft sind es nicht fortgesponnene Gedanken, sondern einfache Erinnerungsbilder, die zwangsmäßig auftauchen („Zwangserinnern").

Auch der Inhalt der Gedanken kann die Patienten plagen: eine Kranke muß sich vorstellen, daß ihre Verwandten sterben, und hat dabei Schuldgefühl (Übergang zu Wahnideen); eine andere muß mit Abscheu denken, wie man Hühner rupfe. Bei einem Paranoiden „arbeitet die Gedankenmaschine so, daß es ihm beinahe war, als ob ihm eine Stimme zurufe: tue das" (Übergang zu Halluzinationen; später hatte er auf Befehl von Halluzinationen Mordtrieb, dem er aber widerstehen konnte).

Manchmal haben die automatischen Gedanken auch angenehmen Inhalt. Die Kranken beschäftigen sich mit ihren Wunschkomplexen, die auch versteckt sein können; sich aufdrängende Lieder beziehen sich auf den Geliebten. Die Gedanken können auch angenehm und unangenehm zugleich (ambivalent) sein, so bei einer Paranoiden, die denken mußte: „Ich liebe dich, mich reizt deine schöne Gestalt. Und bist du nicht willig, so brauch' ich Gewalt", wobei sie sich zugleich den Geliebten vorstellen mußte.

Das Zwangsdenken (der „Denkzwang") ist das häufigste aller automatischen Phänomene. Es hat seinen Gegensatz in dem zwangsmäßigen Aufhören des Denkens. Schon die gewöhnlichen Sperrungen, die aus dem Unbewußten kommen, sind ja im Prinzip nicht unterscheidbar von Automatismen; wenn aber den Kranken die Gedanken „fortschleichen" oder gar „fortgenommen werden", so muß man wohl eine automatische Denkhinderung annehmen.

Auch affektive Vorgänge können subjektiv den Eindruck des Automatischen, Zwangsmäßigen oder Fremden machen. Manche Kranke sind lustig oder traurig und wissen nicht warum, empfinden die Stimmung deswegen als von außen „gemacht". Mimische Äußerungen ohne Affekte können so entstehen: das schizophrene unbegründete Lachen, gelegentlich auch krampfartiges Weinen ist oft ein Automatismus. Es kann auch nur die Bewegung des Lachens, nicht der Akt als solcher, empfunden sein; den Kranken kommt das Lachen dann vor wie eine peripher ausgelöste Muskelaktion („das ziehende Lachen"). Manchmal tritt das Lachen auf, wenn durch irgend eine Anspielung der Komplex des Patienten getroffen wird; in einzelnen Fällen erkennen die Kranken selbst einen Zusammenhang zwischen Komplex und schizophrenem Lachen.

Auch zentripetale Funktionen haben das Timbre des Fremdartigen, ja des Aufgezwungenen; von den Halluzinationen ist das bekannt; eine unserer Katatonischen „machte man zwangsunwohl".

Sogar die Träume können den Patienten als Produkt fremden Einflusses erscheinen und subjektiv den gleichen Charakter haben wie das Zwangsdenken.

* * *

Die Kranken fassen die automatischen Vorgänge in verschiedener Weise auf. Meist machen sie sich gar keine Gedanken über die Abnormität; um so mehr aber empfinden sie den Verlust der Spontaneität und müssen infolgedessen die Vorgänge als etwas ihnen Fremdes ansehen. Die weniger Gleichgültigen glauben sich heutzutage meist „suggestioniert", auf magneto-elektrischem Wege oder sonst wie physikalisch beeinflußt; Abergläubische sind natürlich verzaubert oder besessen, teils von einem guten oder bösen Geiste, teils auch von Menschen, die sich in ihnen eingenistet haben, gelegentlich sogar von allerlei Getier. Christus oder der Teufel handeln und sprechen durch die Patienten, bringen ihnen die Glieder in bestimmte Stellungen usw. Die Gedanken werden ihnen auf irgend einem natürlichen oder unnatürlichen Wege „zugestoßen", „in den Kopf gedrückt" (Schuele).

Die Ärzte, die Eltern, der Geliebte, die Vögel und dann alle jene halbabstrakten Begriffe, die die Verfolgungen und die Verfolgenden bezeichnen, sind es, die aus Bosheit, zum Experimentieren oder auch aus guten Gründen mit allerlei Maschinen und mit Zauber die Gedanken, Bewegungen und Affekte hervorbringen, unterdrücken oder auf Abwege lenken. Manche Kranke unterscheiden auch innerhalb der automatischen Gedanken diejenigen, die von anderen gemacht sind, von den spontan auftretenden; „sowie mit meinen Gedanken ein Stich am Knie oder ein Druck auf der Schulter verbunden ist, so weiß ich, daß es gemachte Gedanken sind" (Schuele).

In allen Fällen fühlt sich die Persönlichkeit ihrer inneren und äußeren Handlungen nicht mehr mächtig und einer fremden Gewalt ausgeliefert, sie ist „der reinste Willenssklave".

Als von der Persönlichkeit losgelöste psychische Äußerungen sind die Automatismen als solche selten von bewußten Gefühlen begleitet. Die Kranken können tanzen oder lachen, ohne fröhlich zu sein; einen Mord begehen, ohne zu hassen; sich selbst umbringen, ohne des Lebens überdrüssig zu sein. Die Automatismen beeinflussen gewöhnlich die Grundstimmung nicht und werden meist nicht von ihr beeinflußt.

Immerhin gibt es sekundäre Gefühlsregungen im Zusammenhang mit denselben. Das automatische Denken wird teils direkt, teils weil es die Kranken mahnt, daß sie nicht Herr ihrer selbst sind, ganz unerträglich. Zwangsimpulse werden schwer empfunden, indem sie mit Angstzuständen verbunden sind und innere Kämpfe hervorrufen.

Die Reaktion der Kranken gegenüber ihren Automatismen ist sehr verschieden. Viele lassen einfach geschehen. Gegenüber den verbrecherischen Antrieben fehlt ein gewisser Widerstand selten, auch wenn er dem Kranken nicht zum Bewußtsein kommt. Wenn alle die alltäglichen Zwangsantriebe, Unheil

anzurichten, zur Ausführung kämen, würden die Schizophrenen die Welt beständig in Atem halten. Sogar einer, der schon Raubmord begangen hat, kann dem Trieb, den Staatsanwalt zu töten, widerstehen und ihn als einen lästigen Fremdkörper empfinden. Einzelne Kranke erfinden geradezu Schutzmaßregeln gegen die Zwangsantriebe; einer, der bloß gezwungen wird, zu singen, kann sogar ein Holz verlangen, das er sich in den Mund stecken will, um sich (d. h. seine Organe) daran zu hindern. Nicht selten entschuldigen sich die Kranken, nachdem ihre Automatismen etwas Dummes angestellt haben.

In leichteren Fällen kann es vorkommen, daß Zwangsideen und Zwangsimpulse nicht nur als etwas Fremdes, sondern auch als etwas Krankhaftes empfunden werden, und daß die Reaktion darauf eine ähnliche ist wie bei der einfachen Zwangsneurose. Immerhin ist es sehr selten, daß nicht andere Symptome, namentlich die Gleichgültigkeit gegenüber den Automatismen oder ganz schiefe Auffassungen derselben die Schizophrenie erkennen lassen.

Gegenüber den inneren Automatismen sind die Kranken natürlich ganz ohnmächtig. Die einen reagieren aber ihre unangenehmen Empfindungen durch gelegentliches oder kontinuierliches Schimpfen ab, die anderen verschließen sich noch mehr in sich selbst.

9. Die Impulsivität.

Die Impulsivität, die bei vielen Katatonikern im Vordergrund steht, ist kein einheitliches Symptom. Ein großer Teil der sogenannten impulsiven Handlungen sind automatische in einer der eben angeführten Bedeutungen. Andere sind Affekthandlungen. Ein Patient weiß mit sich selber nichts mehr anzufangen, alle Sinneseindrücke wie seine eigenen Gedanken plagen und reizen ihn; so kann er's nicht mehr aushalten; es muß etwas geben, etwas anders kommen; wie und was, ist gleichgültig, nur etwas anderes. Nachdem er einige Tage oder Wochen in dieser Stimmung gewesen, bricht er auf einmal los, schlägt, zerstört in größter Wut. Nach einigen Sekunden bis einigen Stunden, selten erst nach Tagen, beruhigt er sich, bald plötzlich, bald allmählich. Die „Entladung" hat die „Spannung" für einige Zeit gemildert, der Patient fühlt sich erleichtert innerlich und äußerlich. Was er getan hat, ist im Prinzip gleichgültig; er läßt eben seine Wut an dem aus, was seinen Händen zunächst ist. In schwächeren Fällen genügen Schimpfausbrüche dem Bedürfnis. Reue ist bei der Schizophrenie nach solchen Entladungen natürlich selten; die Patienten fühlen sich zur Handlung berechtigt, oder sie sind zu gleichgültig, um es anders zu wünschen. Oft geben sie an, daß Stimmen sie in Wut versetzt haben; für den Beobachter ist das aber keine ausreichende Begründung.

Eine zweite Gruppe impulsiver Affekthandlungen unterscheidet sich nur graduell von normalen Akten im Affekt: Die Patienten werden leicht erregt; bei der Spaltung der Assoziationen werden hemmende Faktoren oft nicht herbeigezogen; so kommt es zu allerlei unüberlegten Handlungen, tätlichen Angriffen, maßlosem Schimpfen, aber auch zu anderen Streichen, plötzlichem Verlassen der Arbeit, Herumtrinken usw. In diesem Sinne sind eine Menge nicht katatonischer Schizophrenen impulsiv. Der fröhliche Spieler prügelt auf einmal seinen Nachbar oder zerschlägt die Flasche, weil jener bessere Karten bekommen hat als er.

Den Affekthandlungen gegenüber stehen die *Handlungen aus pathologischem Einfall*. Der schizophrene Assoziationsverlauf bringt ohne genügenden Zusammenhang mit den vorhandenen Ideen nicht nur einfache Gedanken, sondern auch solche mit motorischer Komponente ins Bewußtsein; „es fällt dem Patienten ein", das und das *zu tun*. Oft hat er keinen Grund oder keine Möglichkeit zu widerstreben, der Einfall wird in Tat umgesetzt, handle es sich darum, einen Nachttopf auf den Kopf zu setzen oder ein Haus anzuzünden oder die Knöpfe an den Kleidern abzureißen. Das Bewußtsein des Patienten kennt weder affektive noch intellektuelle Motive der Handlung.

Diese verschiedenen Arten von impulsiven Akten sind in praxi natürlich nicht so reinlich getrennt; es gibt viele Mischfälle. Eine gewisse Begründung der schlechten Stimmung durch unangenehme Erfahrungen kann der Entladung des gespannten Gemüts vorausgehen: der bei Schizophrenen so häufige *Zuchthausknall* ist eine Affekthandlung aus beiden genannten Motiven zugleich; die als ungerecht empfundene Behandlung und das Bedürfnis nach Entladung wirken zu dem gleichen Ende. Auch der Einfall kann durch einen Anlaß ausgelöst werden, oder er kann inhaltlich durch Komplexe bedingt sein, so daß man z. B. gerade seinem Feinde die Bäume zerstört, obschon im Bewußtsein kein Motiv vorhanden ist.

ϑ) Akute Syndrome.

Der Gang der Krankheit wird häufig unterbrochen durch akute Syndrome, vorübergehende Zustände, die sonst meist als selbständige Psychosen aufgefaßt und mit vielen verschiedenen Namen belegt worden sind. Dieselben sind in den Erscheinungsweisen sowohl wie genetisch sehr verschieden. Es kann sich handeln um:

1. *Schübe des pathologischen Prozesses.* Hierher gehören wohl viele katatonisch-halluzinatorische Formen und ein Teil der stuporösen Benommenheiten.

2. *Einfache Exazerbationen des chronischen Zustands*; z. B. halluzinatorische Aufregungen bei chronischen Halluzinanten; schwere akute Katatonien bei Dauerzuständen von leicht katatoner Färbung. Die hyperkinetischen Katatonien erscheinen oft nur als Steigerungen der sonst vorhandenen Bewegungen, die akinetischen als Übertreibungen der chronischen Willenlosigkeit. In ähnlicher Weise können die meisten akuten Syndrome bloße Steigerungen von chronischen sein.

3. *Abnorme Reaktionen der kranken Psyche auf gefühlsbetonte Erlebnisse.* Hierher gehören die hysteriformen Dämmerzustände und manche Schimpfanfälle auf äußere Reize.

4. *Nebenprodukte des Krankheitsprozesses*, deren Zusammenhang mit demselben wir vorläufig nicht verstehen: wahrscheinlich ein Teil der melancholischen und manischen Verstimmungen.

5. *Zustände, die gar nicht der Krankheit als solcher angehören, sondern dieselbe komplizieren oder höchstens von derselben*

ausgelöst werden: wahrscheinlich ein Teil der periodischen und zyklischen Formen manischer und melancholischer Verstimmung bei Schizophrenie.

Diese verschiedenen Zustände lassen sich aber nicht nur für unser jetziges Wissen nicht scharf trennen, sie mischen sich in Wirklichkeit in beliebigen Verhältnissen. Sie erwachsen ja alle auf dem gleichen Boden und sind Symptome der gleichen Disposition. Eine Exazerbation des Krankheitsprozesses kann leichte Dauersymptome zu einer akuten „Psychose" steigern; die sichtbaren Erscheinungen sind aber auch in einem solchen Falle zum größten Teil psychisch bedingt. Deshalb kann umgekehrt ein besonders starker psychischer Chok ohne Verschlimmerung im Krankheitsprozeß ein ähnliches oder gleiches Bild hervorbringen. Es ist somit selbstverständlich, daß die verschiedenen und zum Zwecke der Beschreibung auseinander gehaltenen Zustände sich in der mannigfaltigsten Weise mischen müssen und ganz reine Symptomengruppen kaum anzutreffen sind. Mischungen verschiedener Zustände, z. B. Melancholie, Katatonie, Dämmerzustand und Benommenheit, sind etwas ganz Gewöhnliches. Es ist dann willkürlich, nach welcher Symptomengruppe man das Bild benennt.

So lassen sich über die allgemeinen Erscheinungen bei den einzelnen Zuständen nur insofern Regeln geben, als jedes herausgeschnittene Bild gewisse Symptome notwendig einschließt und andere ausschließt. Wir nennen nichts Katatonie, was nicht katatone Symptome zeigt; ein Dämmerzustand kann keine normale Orientierung aufweisen. Im übrigen kann der Grad der Klarheit oder der Spaltung des Bewußtseins bei jedem Bilde vom Maximum zum Minimum wechseln. Ebenso die Ablenkbarkeit und die Reaktionsfähigkeit auf äußere Eindrücke.

Wir sind noch nicht imstande, alle die verschiedenen akuten Krankheitsbilder herauszuheben; es lassen sich deswegen nicht alle Fälle in den Kategorien unterbringen, die wir anführen werden. Doch treffen wir damit die meisten vorkommenden Bilder.

Die Anfälle kommen etwas häufiger in den ersten Jahren als im späteren Verlauf der Krankheit vor. Sie können mit oder ohne Vorläufer auftreten (Verstimmungen und andere psychische Symptome, vasomotorische Störungen, wie Injektion der Skleren, Tremor usw.). Die Dauer der Anfälle kann sich von einigen Stunden bis zu Jahren ausdehnen.

Die nachträgliche Erinnerung an die Anfälle ist sehr verschieden. In der Natur der Dämmerzustände liegt es, daß die Kranken sich nachher an die Erlebnisse im Anfall nicht gut oder gar nicht erinnern. (Allerdings ist zum Unterschied von Hysterie und Epilepsie eine vollständige Amnesie recht selten.) Auch nach Benommenheitszuständen besteht meist mehr oder minder ausgesprochene Amnesie. Bei den manischen und melancholischen Syndromen herrscht die gute Erinnerungsfähigkeit vor; bei den katatonen und paranoiden verhält sich das Gedächtnis sehr verschieden. Da, wo keine Amnesie besteht, ist man oft überrascht, wie genau die Patienten noch nach vielen Monaten über ihre inneren und äußeren Erlebnisse Bescheid geben können. Es kommt auch bei den verschiedensten Zuständen vor, daß — anscheinend regellos — ein gewisser Teil der Erlebnisse, einige Wochen, einige Monate, vergessen sind, während das übrige reproduziert werden kann.

1. Melancholische Zustände.

Die melancholische Symptomentrias mit depressivem Affekt und Hemmung des Denkens und Handelns ist eine der häufigsten Formen akuter Störungen in der Schizophrenie.

Verstimmungen, die auf der Einsicht oder der unklaren Empfindung des Mangels an Leistungsfähigkeit und des richtigen Rapports mit der Außenwelt beruhen, sind normale Reaktionen auf schmerzliche Wahrnehmungen. Sie werden der Natur der Sache nach im Anfang der Krankheit häufiger vorkommen als später.

Neben derartigen physiologischen Depressionen gibt es aber auch solche, die irgendwie im Krankheitsprozeß begründet sein müssen. Es sind dies wohl die gewöhnlichen schizophrenen „Melancholien".

Außerdem lassen manche Fälle an eine Komplikation mit manisch-depressivem Irresein denken. Symptomatologisch haben wir zurzeit noch keine Anhaltspunkte, die beiden letzten Formen auseinander zu halten.

Die Depression hat alle die verschiedenen Charaktere, die wir von anderen Krankheiten her kennen: einfaches schmerzliches Gefühl unabhängig von den Erlebnissen, Ängstlichkeit, sich steigernd bis zu wilder Angst, seltener Weinen, oft aber lautes Schreien und verzweifeltes Jammern, dann depressive Hemmung bis zur Bewegungslosigkeit. Viele Kranke behaupten auch ganz gefühllos zu sein und beklagen sich darüber.

Das Bild der Melancholie wird getrübt nicht nur durch schizophrene Symptome, sondern auch zuweilen dadurch, daß ein Teil der Persönlichkeit nicht melancholisch ist und die ängstlichen Ideen ignoriert, kritisiert oder darüber Witze macht; schizophrene Schwermütige können über ihre melancholischen Wahnideen und Handlungen lachen. Häufiger entbehrt das Bild in Nebensachen der Einheitlichkeit. Während die Patienten nichts Nützliches tun können, ja nicht einmal essen, sind sie in beständiger Bewegung, die oft eintönig erscheint, aber nicht wie bei den agitierten Formen der organischen Melancholien Ausdruck des Kummers und der inneren Unruhe ist. Der Kranke jammert zwar auch, sagt tausendmal im Tage das Gleiche: man solle ihm den Kopf abhauen, er wolle heim, er sei der schlechteste Mensch, er komme in die Hölle — aber dazu macht er eine Menge durch die Depression nicht erklärbarer Dinge, zerreißt das Hemd, die Decken, zerkratzt nicht nur seine Haut, sondern auch die Wand; geht täglich hunderte von Malen aus dem Bette, hindert den Wärter tätlich an der Pflege anderer Kranken, schmiert, zerschlägt Geschirr. Ganz brutale Selbstmordversuche, mit dem Kopfe gegen die Wand rennen, sich mit einem Sprung aus dem Bett auf den Kopf stürzen, allerlei Selbstbeschädigungen sind nicht selten. Manchmal haben die Selbstmordversuche mehr den Charakter des Spiels: der Kranke stopft sich in Gegenwart des Wärters einige Tage lang beständig das Kissen in den Mund; eine Patientin will sich mit dem eigenen Zopf auf ganz unmögliche Weise erdrosseln, sie stopft die ganze Faust in den Mund, um sich zu ersticken. Nahrungsverweigerung ist dabei etwas Gewöhnliches, doch wird gar nicht immer die Sonde nötig.

Auch wenn der Affekt die ganze Persönlichkeit zu beherrschen scheint, haben seine Äußerungen in der Regel den schizophrenen Charakter der Steifig-

keit, des Gemachten, Übertriebenen; man glaubt nicht recht an eine tiefe Empfindung. Doch gibt es sogar bei älteren Fällen wirklich melancholische Depressionen. Auch kommt die ganze Lage, die Unfähigkeit zu handeln, den Kranken oft schmerzlich zum Bewußtsein. Manche suchen sich dann darüber Klarheit zu verschaffen, ohne an ein Ziel zu kommen.

Den melancholischen Hemmungen der Motilität mischen sich oft die Symptome der Sperrung und der Katalepsie bei, so daß man das Gesamtbild nur schwer zergliedern kann.

Die Ideenhemmung zeigt sich nicht nur in langsamem Denken und in Entschlußunfähigkeit, sondern ganz besonders in einem extremen Monoideeismus, der im Gegensatz zur einfachen Melancholie hier geradezu absolut sein kann. Es lassen sich oft lange Zeit keine Spuren von anderem Denken auffinden als die beständig geäußerten Wünsche, Klagen oder Verwünschungen, und jeder Versuch, die Kranken auf ein anderes Thema zu bringen oder auch nur das gegebene weiter auszuspinnen, scheitert vollständig.

Wahnideen und namentlich Halluzinationen fehlen selten. Stimmen drohenden und anklagenden Inhalts, giftige Dünste, elektrische Einwirkungen, Feuer werden oft wahrgenommen. Die Patienten glauben sich auf alle Art gequält, sie werden getötet, ihren Kindern werden die Augen ausgestochen, es sind unterirdische Marterkammern da, worin sie in der Nacht verweilen müssen, man liefert sie den anderen Kranken zum Zerfleischen aus, sie haben alle erdenklichen Sünden begangen, ihre Liebsten unglücklich gemacht, umgebracht.

Oft sind die Wahnideen rein hypochondrisch. Die „hypochondrische Melancholie" der Autoren ist, wenn nicht eine organische, in der Regel eine schizophrene Melancholie. Namentlich der Cotardsche Symptomenkomplex gehört bei Nichtorganischen fast nur der Schizophrenie an, denn hier können Größenideen ungestört durch logische Widersprüche sich neben den schlimmsten Befürchtungen entwickeln und halten. Die größte Sünderin ist zugleich Königin der Nacht; sie füllt das ganze Weltall, ist ewig, betont aber auch diese Vorstellungen mit negativen Gefühlen.

2. Manische Zustände.

Den verschiedenen Arten melancholischer Zustände gegenüber stehen die manischen (gehobene Stimmung, Ideenflucht, Beschäftigungsdrang). Sie kommen allein vor oder — seltener — in zyklischer Form abwechselnd mit melancholischen Zuständen, mischen sich aber auch leicht mit Katatonien.

Die Stimmung der schizophrenen Manischen ist gewöhnlich mehr eine mutwillige als eigentlich gehobene; die Kranken haben Freude an allerlei Dummheiten und schlechten Scherzen. Besonders Hebephrene sind da in ihrem Element; sie reißen dumme Witze, zoten, machen sich über alles lustig, die Umgebung, die Familie, die höchsten Güter der Menschheit. Der Kranke schimpft, renommiert, flucht, streckt die Zunge heraus, verdreht die Augen, spricht sehr laut mit eigentümlicher Betonung, gestikuliert lebhaft, übertrieben, karikiert, der Rede unangepaßt, täppisch; turnt wie ein Schlangenmensch, liegt da mit dem Kopf zwischen den Beinen, deklamiert, singt, betet. Tag und Nacht werden alle möglichen unangenehmen Gewohnheiten fortgesetzt: Zerstören, Schmieren, Lärmen.

Zornausbrüche kommen noch häufiger vor als bei der gewöhnlichen Manie, seltener die vorübergehenden Umschläge in weinerliche Traurigkeit. Die ersteren können hier ohne äußeren Anlaß entstehen. In manchen Fällen bemerkt man von der Euphorie nur wenig. Der Patient macht in Fröhlichkeit wie eine Maschine, oder wie auf Befehl; das Benehmen ist das eines übermütigen Kindes, nicht aber die Mimik und die Rede. Auch manische Schizophrene können schweigsam, geradezu mutistisch sein. Sie setzen sich überhaupt wenig in Beziehung zur Umgebung, schließen die Augen, in einzelnen Fällen kontinuierlich wochen-, monatelang. Die Ablenkbarkeit fehlt zeitweise oder andauernd; ganz unbekümmert um die Umgebung machen die Kranken ihre Faxen und Turn- und Sprachübungen. Die Ideenflucht mischt sich oft mit den schizophrenen zerfahrenen Assoziationen; kaum je kann sie von diesen ganz verdeckt werden.

Der manische Beschäftigungsdrang wird oft zu einem bloßen Bewegungsdrang. Schienen in den angeführten Beispielen die Bewegungen doch noch einen gewissen Zweck zu haben, so können sie schließlich für den Zuschauer ganz unsinnig nur als Bewegungen erscheinen: der Kranke wirbelt herum; schlenkert jetzt die Beine in der Luft, nun den einen Arm, nun trällert er, schwingt sein Taschentuch, klopft einige Male auf den Stuhl, wirft diesen um, zupft an den Kleidern, setzt sich, wirft sich auf den Boden, schreit, brüllt. Solche Fälle bilden die Übergänge zu den katatonen Aufregungen, die nichts Manisches an sich zu haben brauchen. Dies dokumentiert sich auch darin, daß viele der Bewegungen sich immer wiederholen und schließlich sehr leicht ganz stereotypiert werden. In einzelnen Fällen zeigt sich die schizophrene Herabsetzung des Beschäftigungsdranges in ganz auffallender Weise. Obschon diese Patienten ideenflüchtig und gehobener Stimmung sind, auch Pläne machen und uns sogar mit Briefen überschütten, bringt man sie nicht dazu, eine Arbeit nur zu versuchen. Ebenso auffallend ist die Neigung, sich zurückzuziehen. Während der (manisch-depressive) Manische mit Heißhunger die Außenwelt in sich aufnimmt und sich übereifrig mit ihr beschäftigt, ignoriert sie der schizophrene Manische mehr oder weniger.

Auch hier kommen Halluzinationen recht häufig vor; es ist aber meist schwer, Auskunft über ihren Inhalt zu bekommen. Die Wahnideen sind, wenn überhaupt vorhanden, gewöhnlich flüchtig, haben Größen- oder Verfolgungscharakter; sie tauchen momentan auf, um im nächsten Augenblick nicht mehr nachweisbar zu sein. Doch halten sich namentlich Verfolgungsideen oft auf die Dauer, ebenso manchmal erotische.

Manisch-depressive Mischzustände im Sinne von Weygandt habe ich bis jetzt bei der Schizophrenie nicht gesehen; es ist aber wohl möglich, daß sie auch da vorkommen.

3. Katatonische Zustände.

Katatone Symptome mischen sich in der Regel den manischen und melancholischen Zuständen bei, unter Umständen in so hohem Maße, daß sie das Bild beherrschen, und man von einer manischen oder melancholischen Katatonie sprechen kann. Die alte Melancholia attonita, soweit sie diesen Namen verdiente, gehörte hierher. Im folgenden soll aber nur von denjenigen akuten Häufungen katatoner Symptome gesprochen werden, die nicht einer der Affektpsychosen

im alten Sinne beigezählt werden können. Es handelt sich um mancherlei Zustandsbilder, die nicht nur dem Aussehen nach, sondern auch in ihren psychologischen Mechanismen sehr verschieden sind. Zusammengehalten werden sie eben nur durch die katatonen Erscheinungen, die sich ganz verschieden gruppieren können.

Das äußere Bild dieser Formen läßt sich am besten in zwei Extremen beschreiben, die ungefähr der akinetischen und der hyperkinetischen Motilitätspsychose Wernickes entsprechen.

Von altersher bekannt waren die akinetischen Zustände der Attonität, des Stupors und der Flexibilitas cerea. In irgend einer Stellung, meist mit Überwiegen der Flexoren, sitzen, kauern, liegen die Kranken da; in den hochgradigen Fällen sind die Bewegungen nahezu auf Null reduziert; nicht einmal der Speichel wird geschluckt; er fließt aus den Mundwinkeln oder wird solange als möglich im Munde angesammelt; auch die anderen psychisch beeinflußbaren Reflexe funktionieren nur ausnahmsweise; hier kommen am häufigsten und am hartnäckigsten die verschiedenen Unregelmäßigkeiten in der Entleerung von Blase und Mastdarm vor. Die Nahrung wird oft nicht geschluckt, sondern muß mit der Sonde eingegeben werden. meist mit Überwindung heftigen Widerstandes. Wie häufig eigentliche Verdauungsstörungen vorkommen, ist schwer zu unterscheiden; belegte Zunge, ja Fuligo, ist in katatonen Zuständen mit Verwirrtheit nicht selten.

Sonst ist das körperliche Befinden gewöhnlich wenig alteriert; doch haben die meisten dieser Kranken ein etwas gedunsenes Aussehen, auch dann, wenn sie abmagern, und die Hautfarbe ist eine andeutungsweise oder ausgesprochen livide. Der Schlaf ist meist gestört oder fehlt ganz.

Von diesen Fällen mit verminderter Reaktion gibt es nun alle Übergänge zu den hyperkinetischen. Die Akinese ist nur in selteneren Fällen eine so vollständige, wie oben geschildert: einzelne Bewegungen oder unter Umständen auch einzelne Verrichtungen werden noch ausgeführt, die Kranken wechseln etwa noch den Ort, langsam, zögernd, schwankend, auf den Zehen, in irgend einer gebückten oder zusammengedrückten Haltung; viele kauen die in den Mund geschobenen Speisen; man bekommt auch zuweilen Antworten, leise, langsam. Auch die aktiven katatonen Symptome bringen oft Leben in das Bild; der Kranke verbigeriert laut oder leise, er macht stereotype Bewegungen, wehrt sich sehr ausgiebig gegen alle Lageveränderungen (während er auf Nadelstiche und noch viel unangenehmere Empfindungen reaktionslos bleibt).

Spontane Bewegungen oder Handlungen bei Kranken, die im ganzen eine herabgesetzte Motilität zeigen, haben ein typisch katatonisches Gepräge. Die ganze Tätigkeit eines Kranken bestand während vieler Wochen darin, aus dem Bett zum Nachtstuhl und zurück zu gehen, wozu er halbe und ganze Stunden brauchte. Er geht langsam hin, hebt den Deckel des Stuhles, macht ihn wieder zu. ohne ein Bedürfnis zu verrichten, geht etwas zurück und wiederholt das viele Male, bis er den Stuhl endlich benutzt. Wenn er in dieser Tätigkeit gestört wird, oder auch spontan zieht er seine Zehen krampfhaft in Klauenstellung zusammen und geht so, immer den Kopf gesenkt, die Augen krampfhaft, aber nur halb geschlossen, hin oder zurück. Er sieht aus wie ein gelangweilter Reiher in einer Volière. An der Nase hängt ein Tropfen. Wird er gestört, so weicht er geärgert aus. Wenn man ihn aber hindert oder nur ihm folgt, stößt er bei einer bestimmten Ecke des Bettes einen durchdringenden Schrei aus und weint dann, wie wenn er tief unglücklich wäre.

Manchmal wird die Ruhe durch katatone Raptus unterbrochen. Plötzlich springt der Patient auf, zerschlägt etwas, greift mit großer Gewandtheit und Kraft jemanden an oder stellt irgend etwas im Saal anders, als es vorher war. Ein Katatoniker erwacht aus der Starre, radelt im Hemd drei Stunden lang herum, fällt und bleibt kataleptisch im Straßengraben liegen. Auch auf äußere Einflüsse können auf einmal ganz prompte und nicht sinnlose Reaktionen kommen; eine Antwort, eine Zwischenrede verblüfft plötzlich die Anwesenden. Ein Wirt in hochgradigem „Stupor" hebt einen herabgefallenen Pfropfen auf. In manchen Fällen kann man von den mutistischen Kranken schriftliche Antworten bekommen; oder sie schreiben sogar spontan ganze Seiten voll.

Die hyperkinetischen Fälle sind beständig in Bewegung, ohne eigentlich etwas zu tun („Tatenflucht", Fuhrmann, S. 834).

Sie klettern herum, schlagen Purzelbäume, hüpfen über die Betten, klopfen zwanzigmal auf den Tisch, dann an die Wand, wippen, machen Kniebeugen, werfen sich in die Luft, schlagen, zerstören, klemmen die Arme in möglichst verrenkter Stellung zwischen die Radiatoren des Ofens, unbekümmert um Brandwunden, schreien, singen, verbigerieren, schimpfen, lachen, weinen, spucken herum, machen Grimassen: traurige, schreckhafte, fröhliche, nehmen einen beliebigen Gegenstand in die Hände, bewegen ihn irgendwie, legen ihn in andere Lage nieder und machen tausend andere Bewegungen, von denen allerdings der einzelne Kranke sich meist auf eine gewisse Anzahl beschränkt. Die Bewegungen haben immer etwas Abnormes. Wenn die Kranken einen Gegenstand aufheben, so tun sie es in einer besonderen Weise, wie man es sonst nicht tut; ins Bett steigen sie von der Kopfseite und mit ganz ungewohnten turnerischen Allüren, oder sie lassen sich hineinfallen usw. Die Bewegungen werden oft mit großer Kraft, fast immer mit Anstrengung unnötiger Muskelgruppen gemacht; die Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst scheint manchmal so groß, wie die gegen die lebende und leblose Umgebung. Das Maß für Kraft und Ausgiebigkeit der Bewegungen ist verloren gegangen. In stuporösen, kataleptischen Fällen wiegen energielose Bewegungen vor. Dann wieder wird alles zu kräftig ausgeführt; eine einfache Geste, die eine Rede begleitet, wird gerne wiederholt, und das immer energischer und ausgiebiger; irgend eine Erklärung, eine gleichgültige Redewendung, die die Kranken abgeben, wird in der katatonen Repetition rasch zum lauten Geschrei. Auch einmalige Bewegungen werden häufig mit maximalem Kraftaufwand ausgeführt. Die anderen Zeichen der Katatonie, stereotype Wiederholungen, Verbigeration, Karikierung im Gefühlsausdruck, hohles Pathos usw. fehlen niemals. Sie reden weniger als entsprechend aufgeregte Manische, oft sind sie geradezu mutistisch. Teilstücke der Handlungen können scheinbar einen gewissen Sinn haben, z. B. Nachmachen eines Predigers, des Militärs, eines schüchternen Mädchens. Man sieht aber keine ganzen Darstellungen. Auch da, wo eine solche Idee immer wieder auftaucht, wird sie beständig durch andere Handlungen unterbrochen. Irgend ein Zweck der Handlung ist selten angedeutet: die Kranken verbarrikadieren sich in sonderbarer Weise hinter Bettstücken, sie machen sich eine Höhle aus dem Bettzeug, sie stellen irgendwelches Material, dessen sie habhaft werden können, in bestimmter, aber recht sonderbarer Weise zusammen. Solche Handlungen wiederholen sich dann gerne in der gleichen Weise.

Eine Einheit kommt, abgesehen von den beständigen Wiederholungen, in manchen Fällen insofern in das Bild, als ein — allerdings schizophren kraftloser — Affekt durch alles hindurchgeht. Eine Anzahl dieser Kranken sind deutlich manisch (mit nachweisbarer Ideenflucht), andere sind melancholisch,

wieder andere gereizt oder ängstlich und fühlen sich verfolgt. Viele Katatoniker aber schaffen herum ohne rechten Affekt, wie eine Maschine, oder sie wechseln mit den karikierten Affektäußerungen alle Augenblicke. Halluzinationen begleiten die Anfälle sehr häufig, aber nicht immer; auch Wahnideen brauchen nicht dabei zu sein.

Auch die hyperkinetische Form kann unterbrochen werden; plötzliche Beruhigungen von kurzer Dauer komplizieren das Bild.

Besonders in den akinetischen Katatonien, aber auch bei den anderen, zeigen sich oft deutliche Gefäßstörungen (Livor, Ödeme). Die beständige Bewegung setzt natürlich in den meisten Fällen den Kräftezustand schließlich herunter, doch nicht in allen; manche erhalten sich merkwürdig gut, so daß man einen abnorm haushälterischen Stoffwechsel annehmen muß, wie bei vielen hysterischen Aufregungen. Die Nahrungsaufnahme ist natürlich sehr unregelmäßig, oft besteht Abstinenz; der Schlaf ist immer schlecht, oft fehlt er lange Zeit ganz.

Analgesie ist gerade hier häufig; indes kann sie auch durch die bloße Reaktionslosigkeit vorgetäuscht werden. Anästhesie habe ich nie beobachtet, und ich vermute, daß die katatone Anästhesie mancher Autoren nur eine Analgesie war.

Über ihren sonderbaren Zustand machen sich die Kranken meist nicht viel Gedanken. Manche denken jedenfalls sehr wenig, einzelne vielleicht, wie Brosius meint, gar nichts. Immerhin wird auch hier passiv recht viel von dem, was um sie vorgeht, registriert. Dennoch ist die Vigilität der Aufmerksamkeit meist eine stark herabgesetzte, besonders in den hyperkinetischen Formen.

Ein ganz großer Teil der Kranken befindet sich während der akuten katatonischen Phase zugleich in einem mehr oder weniger ausgesprochenen Dämmerzustand oder sonst in einer aus beständigen Sinnestäuschungen gebildeten Welt. Sie erklären die Bewegungslosigkeit durch die Vorstellung, von Abgründen umgeben zu sein, Stimmen drohen ihnen alle Scheußlichkeiten, wenn sie sich bewegen, oder versprechen ihnen Herrlichkeiten, wenn sie es nicht tun; sie dürfen nicht schlucken, ihre Bedürfnisse nicht auf dem Nachtstuhl verrichten u. dgl. Oft spüren sie die Unmöglichkeit der Bewegungen subjektiv als Steifigkeit oder Lähmung.

Auch in den hyperkinetischen Formen scheint oft — nicht immer — das Verhalten durch massenhafte Halluzinationen bestimmt. Es handelt sich oft um Abwehr-, Flucht- und Agressivbewegungen, die aber unzweckmäßig oder geradezu apraktisch oder unkoordiniert erscheinen. Die Begründung der Handlungen und der Unterlassungen aus den Halluzinationen ist aber für die Logik des Gesunden meist eine nicht genügende, so wenn der Patient an das Bett klopft, weil man ihn vergiftet.

Eine besondere Form der hyperkinetischen Katatonie ist die „Faxenpsychose". Die Kranken machen beständig unzusammenhängende karikierte Gesten und Grimassen, die oft aussehen, wie wenn sie in ungeschickter Weise „den Toren spielen" wollten[1]). Daneben machen sie eine Menge kleiner Dummheiten, klopfen auf die Knie, vertauschen Kissen und Decke, gießen Wasser aus, heben

[1]) Die Faxen mutwilliger Hebephrener sind etwas ganz anderes und nur ein Einzelsymptom unter vielen gleichartigen.

die Türe aus den Angeln, alles anscheinend bei Orientiertheit. Regelmäßig sprechen sie dabei wenig oder gar nicht. Was sie sagen, ist meistens ganz unlogisches Schimpfen oder sonst ein Unsinn.

Das Faxensyndrom hat unzweifelhaft einen ähnlichen Ursprung wie der Gansersche Dämmerzustand. Es handelt sich um Leute, die aus irgend einem Grunde (unbewußt) den Geisteskranken spielen (75 a).

4. Der Wahnsinn.

Manchmal herrschen die Halluzinationen und Wahnideen vor; manische, depressive oder katatonische Züge mögen sich daneben finden; in vielen Fällen aber fehlen sie ganz. Solche Zustände nennen wir Wahnsinnsformen. Der manische und melancholische Wahnsinn früherer Autoren gehört zum großen Teil hierher, da manisch-depressiver Wahnsinn selten ist.

Nur ausnahmsweise fehlen die Sinnestäuschungen bei solchen „akuten Paranoien", so daß sie nur durch Wahnideen gekennzeichnet sind. Meist stehen die Halluzinationen im Vordergrund, die beständig und massenhaft auf den Kranken eindringen und ihn verwirrt erscheinen lassen, letzteres namentlich dann, wenn sie rasch wechseln: „Jetzt werde ich gestochen, da drückt es mich, jetzt ist es weg, jetzt ruft man mir, jetzt zieht man mir die Nebelkappe an..." In ganz akuten Fällen sind die Halluzinationen weniger stereotyp als in chronischen Zuständen, auch pflegen daselbst die Gesichtshalluzinationen mehr hervorzutreten. Der Kranke hört in verwirrender Weise eine Menge Stimmen; unten vor dem Fenster ist eine Bande, die ihn fangen, verbrennen, köpfen will; sie lauern ihm auf, wollen durch die Mauern dringen, klettern außen herauf, sind unter seinem Bette. Andere wollen ihm helfen, der liebe Gott ist bald sein Beschützer, bald im Komplott; seine Lieben werden gemordet, er selbst elektrisiert, sexuell auf jede Weise mißhandelt. Die Reaktion pflegt in diesen Zuständen eine sehr lebhafte zu sein. Die Kranken lassen sich nur schwer im Bette halten, steigen überall herum, klettern am Fenster in die Höhe, verkriechen sich, schlagen, raufen. Die Bewegungen aber sind zum Unterschied von den katatonischen verständlich von den delirösen Ideen der Patienten aus; wir haben Handlungen vor uns, nicht Faxen. Die Kranken flüchten oder verteidigen sich oder greifen an. Da wo die Halluzinationen angenehmen Charakter haben, lassen sie die Kranken irgend eine Festivität, eine Himmelfahrt oder sonst etwas Vergnügliches mitmachen.

Die Wahnsinnsformen gehen beim gleichen Patienten oft in andere akute Störungen über oder entwickeln sich aus solchen. Auch nach der Seite der chronischen Zustände haben sie ihre Übergänge. Bei chronischen Halluzinanten können sie den Eindruck einer bloßen Exazerbation machen; in anderen Fällen aber kontrastieren sie sehr scharf gegenüber dem gewöhnlichen blöden Zustand der Patienten, den sie als begrenzte Episoden unterbrechen.

Die Wiener Schule würde diese Fälle als Amentia bezeichnen. Ich wende aber den Namen nicht an, weil er je nach der Schule eine bestimmte systematische Vorstellung voraussetzt, die nicht zu unseren Auffassungen paßt.

5. Die Dämmerzustände.

Die Dämmerzustände sind wie bei der Hysterie Wachträume, die Wünsche oder Befürchtungen direkt oder in symbolischer Weise als erfüllt darstellen. Der Typus ist das unglücklich liebende Mädchen, das nun im pathologischen Zustand seine Wünsche erreicht sieht. Es verkehrt halluzinatorisch mit dem Geliebten, verlobt sich, heiratet, wird gravid und gebiert. Entsprechend diesen Wahnideen wird dann die ganze Umgebung verkannt. Die Personen der Anstalt sind bald Leute, die zur Familie, zur Hochzeit gehören; bald werden sie als Hindernisse, als Feinde der gewünschten Verbindung aufgefaßt. Der Krankensaal wird ebenfalls in diesem Sinne verkannt. — Eine Patientin mit religiösen Aspirationen hielt den Krankensaal für einen Tempel.

Die Grundidee des Wahns gibt indes nur das Leitmotiv für den ganzen Traum. Dieser wird in allen Details ausgesponnen, die Patientin muß sehr viel essen, um die Kinder zu ernähren; sie muß Blumen abreißen, um sich rechtzeitig zu schmücken. Mit anderen auffallenden Handlungen verhindert sie ihre und des Bräutigams Feinde, ihr zu schaden. So wird der Kern der Wahnvorstellungen unter einem Haufen von Nebensachen versteckt. Auch sonst wird der Wunsch nicht immer klar ausgedrückt. Statt einer Liebesszene können die Kranken von einem Kriege träumen. Es können dann noch alle die Ungereimtheiten, die die Gesunden zu träumen gewohnt sind, und vielleicht noch viel mehr Dinge in das Dämmerdelir eingehen.

Von altersher hebt man die ekstatischen Dämmerzustände besonders hervor. Hier können die allgemeinen Eigentümlichkeiten des religiösen Komplexes mit seiner Tendenz zu Visionen, zu starrer Haltung in verehrender Stellung, zu verzückten Mienen und zu der bis zu voller Analgesie reichenden Absperrung der Außenwelt die schizophrenen Charaktere des Bildes mehr oder weniger verdecken. Nicht alle Dämmerzustände religiösen Inhalts führen indes zu Verzückung; oft sind auch die Kranken, die mit Heiligen verkehren, noch zum Teil auf der Erde, empfinden dann die Bosheit dieser Welt doppelt stark und leben mit derselben in beständiger Fehde.

Der Kranke kann auch die Umgebung mit seinen religiösen Vorstellungen verquicken. Er erkennt zwar die Leute, hat aber doch die Vorstellung, daß sie am Ende andere Personen (Gott, Judas, Apostel) seien, die nur in Gestalt der Ärzte und Pfleger auftreten.

In einer abortiven Ekstase war der Patient nach dem Heiligen Abendmahl „zwei Tage lang unaufhörlich in überirdische Glückseligkeit eingetaucht, so daß er fast immer nur weinen sollte vor Freude."

Die schizophrene ekstatische Stimmung kann auf recht kleinliche Dinge übertragen werden; so verbigerierte eine Katatonische mit verzücktem Gesichte: „Ich habe gestrickt, ich habe gestrickt, ja wohl, ich habe gestrickt (sie hat in der Anstalt noch nie etwas gearbeitet). Es ist schön gewesen! Wundervoll! Diese schönen gehäkelten Vorhänge! (es sind gar keine da!) und wie sie dann aufgetan wurden; wie sie sangen, und ein Läuten! („Wer ist da gewesen?") Die Mutter ist da gewesen, alle Leute sind da gewesen — — — ich folge dem Herrgott!"

Das Benehmen der Dämmerigen ist sehr verschieden. Viele machen alles mögliche durch, während sie in Wirklichkeit ruhig unter der Decke liegen. Andere reagieren entsprechend ihren Ideen, was sie beständig in Konflikt mit der Um-

gebung bringt. Sie klettern herum, verkehren laut oder leise mit ihren Halluzinationen, machen allerlei unverständliches Zeug, das erst durch genaue Analyse einen Sinn bekommt. Sie drängen fort, wollen aus den Türen, verlangen immer das Gleiche, unmöglich zu gewährende, oder sie rufen in verlangendem Ton Sätze, die für uns gar kein Verlangen enthalten. Eine Patientin wähnte sich auf einer Wiese, mußte Pferde hüten. Sie wollte nicht aufstehen, weil sonst die Pferde über den Haag springen.

Die doppelte Registrierung der äußeren Vorkommnisse (im Sinne des Traumes und zugleich in dem der Wirklichkeit) ist auch in hochgradigen Fällen die Regel. Gedanken aus beiden Reihen mischen sich recht häufig, so wenn die Kranken ihre Entlassung verlangen, wobei sie die Anstalt als solche richtig auffassen, aber ihr Begehren mit Motiven aus dem Traumleben begründen.

Die Dämmerzustände der Schizophrenie sind diejenigen, die am längsten dauern können; solche von einem halben Jahre Dauer sind etwas ganz Gewöhnliches. Manche Patienten scheinen überhaupt während des ganzen Lebens nicht mehr aus dem Dämmerzustand herauszukommen. Es handelt sich dann aber um sehr schwer zugängliche katatonieartige Zustände, die wir bis jetzt nicht genügend analysieren konnten, um ein bestimmtes Urteil über die inneren Vorgänge zu bekommen. Die Kranken werden mit der Zeit ruhiger, passen sich, wenn der Negativismus nicht vorherrscht, der Umgebung so weit an, daß sie zu wenigen oder gar keinen Konflikten kommen, leben aber in der Hauptsache in einer anderen Welt, sorgen höchstens für ihre allernächsten Bedürfnisse, d. h. sie essen, wenn man ihnen die Speisen vorlegt, und gehen etwa auf den Abort, wenn es nötig ist; wenn sie sich — auf Aufforderung — selbst an- und ausziehen, so ist das eine Leistung, die gar nicht immer erwartet werden kann. Es können auch Bruchstücke aus dem Dämmerwahn in den chronischen Zustand übergehen. So war für eine solche Patientin die Anstalt dauernd „das Haus mit den schwarzen Gittern", nachdem sie zuerst das Gefängnis als solches verkannt und dann die Vorstellung auf die Anstalt übertragen hatte.

Gelegentlich können Dämmerzustände nur einige Minuten dauern; so fiel ein Kranker plötzlich über die Umgebung her, beruhigte sich sofort wieder und konnte erzählen, daß er sich in einem Urwald gesehen habe, wo er sich gegen wilde Tiere, namentlich gegen einen Orang-Utan wehren mußte. Diese Anfälle unterscheiden sich nur graduell von den halluzinatorischen Aufregungen der chronischen Insassen unserer „unruhigen Abteilungen."

Umgekehrt kann ein Dämmerzustand von klaren Zeiten unterbrochen werden, die einige Minuten oder auch einige Tage dauern können; halten sie wochenlang an, so nennt man sie lieber Besserungen. Es kann auch vorkommen, daß die klaren und die dämmerigen Zeiten sich ungefähr die Wage halten, so daß der Kranke z. B. abwechselnd je einen Tag lang im Dämmerzustand und einen Tag lang klar ist.

Schizophrene Dämmerungen können auch den Ganserschen Charakter haben, wobei, entsprechend dem Delirzweck, ein vollständiger, wenn auch negativer Rapport mit der Umgebung erhalten bleibt. Das Gansersche Syndrom wird bei den Schizophrenen von den gleichen Ursachen ausgelöst wie bei den Hysterischen; so leiden namentlich Untersuchungsgefangene daran. Die Kranken, obgleich sie sich anzustrengen scheinen, den Wünschen nachzukommen, be-

antworten die einfachsten Fragen falsch; meist in systematischer Weise, so daß man die (unbewußte) Absicht gleich merkt. 2 × 2 ist meist 5 oder 3, 4 Uhr wird 8 Uhr genannt, 12 Uhr 6 Uhr. Bei dem Befehl, ein Schloß zu öffnen, versucht der Kranke, den Ring des Schlüssels einzustecken, oder hält den Bart nach oben; er sucht das Schlüsselloch über der Klinke; ist der Schlüssel im Loch, so dreht er nach der falschen Seite. Eine Streichholzschachtel will er auf der falschen Seite aufstoßen; das Zündholz streicht er mit dem freien Ende an der Reibfläche, oder mit dem richtigen an allen anderen Flächen, nur nicht an der Reibfläche.

Nur in ganz leichten Fällen von Schizophrenie sind übrigens die Kranken so konsequent. Die meisten fallen im Gegensatz zu den Hysterischen oft aus der Rolle. Sie machen vieles richtig oder in nicht typischer Weise falsch, erscheinen nur bei der Untersuchung „verwirrt" und benehmen sich sofort richtig, wenn sie mit den anderen Patienten verkehren. Oft fehlt überhaupt eine scharfe Grenze zwischen Dämmerzustand und gewöhnlichem Verhalten. Nach der Besserung sind sie nicht diskussionsfähig über den abnormen Zustand, obschon sie sich einigermaßen daran erinnern. Meist mischen sich andere schizophrene Symptome bei.

Natürlich ist der Gansersche Zustand etwas ganz anderes als das Vorbeireden aus Negativismus oder Gleichgültigkeit.

Eine besondere Art von unbewußter Krankheitssimulation zeigte eine Patientin, der ein Vorarbeiter den Vorwurf gemacht hatte, sie sei verrückt. Von dem Augenblick an benahm sie sich auch wie eine „Verrückte", hielt schon zu Hause die Hausmeisterin für eine Irrenwärterin, aß nicht usw. Nach einmaliger Fütterung plötzliche Heilung.

Graduell sind die Dämmerzustände sehr verschieden. In den einen Fällen haben wir eine konsequent durchgeführte Traumhandlung: der Dämmerzustand ist im wesentlichen die Reaktion einer leicht schizophrenen Persönlichkeit auf ein psychisches Trauma; der äußere Anlaß erscheint als die wesentliche Bedingung; die schizophrenen Symptome trüben das hysteriforme Bild wenig. In anderen Fällen ist der Krankheitsschub mit seiner Zerreißung der Assoziationen das Wesentliche; irgend ein vielleicht stets vorhandener Wunsch bekommt plötzlich die Herrschaft über die von der Logik verlassenen Gedanken. Von den letzteren Formen aus gibt es Übergänge einerseits zu den erstgenannten mehr hysteriformen Dämmerzuständen, anderseits zu den Verwirrtheiten verschiedener Art, die wir wegen des Mangels an Einheitlichkeit nicht mehr als Dämmerzustände bezeichnen.

Neben den eigentlichen Dämmerzuständen gibt es eine unendliche Menge von verschiedenen Einstellungen der Psyche nach dem gleichen Schema, die aber nur dann auffallen, wenn sie sehr ausgesprochen sind, und namentlich, wenn verschiedene solcher Zustände rasch wechseln. Sie haben Übergänge nach allen Seiten.

Ein viele Jahre als latenter Hebephrene herumvagierender Mann kam in die Anstalt mit folgenden, längere Zeit andauernden Zuständen: am häufigsten war er negativistisch, verkannte die Umgebung als Teufel, sprach mit Stimmen, bekreuzigte sich, beging seltsame Handlungen. Zwischendurch Einsicht, nur ist die Krankheit „eine Antastung durch böse Geister"; summarische Erinnerung an den ersten

Zustand. Dann wieder zugänglich, angenehme Verkennungen: die Anstalt ist eine Marinekaserne. Der Arzt ist Kriegsgott. Patient spricht mit den Sternen, teils italienisch, teils in einem selbstgemachten italienisch sein sollenden Idiom.

6. Benommenheit.

Aus den Stuporzuständen möchte ich bis zu besserer Kenntnis dieser Symptome herausheben die „Benommenheit". Nicht alle Stuporösen sind benommen; die Mehrzahl der Benommenen erscheinen kaum stuporös. In den meisten Stuporformen können die Kranken denken und handeln, soweit sie es begehren, die wenigsten werden den Defekt empfinden. Es gibt aber eine Verlangsamung aller psychischen Prozesse, vereint mit der Unmöglichkeit, sich in einigermaßen komplizierten oder ungewohnten Verhältnissen zurecht zu finden, die wegen der relativen oder ganzen Erhaltung des eigentlichen Wollens nicht zum gewöhnlichen Stupor und wegen der fehlenden Depression und der leichten Verwirrbarkeit nicht zur melancholischen Hemmung gerechnet werden kann. Diese Zustände sollen vorläufig mit dem Namen der Benommenheit bezeichnet werden.

Solche Kranke benehmen sich äußerlich sehr verschieden. Viele von ihnen beschäftigen sich überhaupt nicht; andere zupfen an sich herum oder unterhalten sich sonst in ähnlicher wenig anstrengender Weise; noch andere sind etwas erregt und machen verschiedene katatone Dummheiten; der eine oder andere kann ein bißchen im Hause helfen, namentlich leichte Näh- oder Strickarbeit geht noch, wenn auch oft mit vielen Fehlern. Der Unterschied gegenüber anderen Katatonischen zeigt sich meist erst deutlich beim Experimentieren. Auf Fragen antworten die Kranken, wenn überhaupt, sehr langsam; obschon sie sich in vielen Fällen Mühe geben, den Anforderungen gerecht zu werden. Ohne daß Hemmungen oder Sperrungen im gewöhnlichen Sinne anzunehmen wären, sprechen sie mehrmals den Anfangslaut eines Wortes, bevor die Aussprache des ganzen gelingt. Aufforderungen folgen sie richtig nur bei ganz leichten Dingen, und auch da oft nur nach mehreren Entgleisungen. Wenn sie die Zunge zeigen sollen, sehen sie den Arzt zuerst verständnislos an; nach mehrfacher Wiederholung des Befehls suchen sie diesen auszuführen, bringen aber die Zunge nicht heraus, machen Bewegungen mit den Lippen, sogar mit den Augen, die namentlich gern geschlossen werden. Wenn man sie auffordert, den Löffel in den Teller zu legen, ergreifen sie denselben, drehen ihn aber um oder führen ihn zum Munde oder legen ihn an einen andern Ort, vertauschen ihn mit der Gabel, kurz es zeigt sich ein ausgesprochenes Bild der Apraxie. Eine Kranke brauchte fünf Stunden, die Kleider anzuziehen, sie benutzte die Jacke als Hose oder als Kombination, wollte die Zähne putzen, nahm aber die Schuhbürste, putzte die Kleider damit, strich Salbe an die Schuhe. Eine Kranke habe ich erst nach vieljährigen Versuchen dazu bringen können, auf Befehl die Türe zu schließen. Spontan konnte sie so kleine Verrichtungen sehr gut ausführen; auf Befehl aber entgleiste sie meist und kam schließlich in immer stärkere Verwirrung. Statt die Türe zu schließen, ging sie hinaus, oder machte sie sie weit auf; gelang es ihr, die Türe wirklich zu schließen, so war sie meist auf der falschen Seite derselben usw. So werden die Handlungen durch „Querimpulse" gestört (Trömner, 774). Man denkt auch oft zuerst an Negativismus, und der mag ja in einzelnen Fällen solcher schizophrener Apraxie mitwirken. Er ist aber sicher nicht die wesentliche Ursache des Symptoms. Es handelt sich einfach um eine Art Verwirrung wie bei Emotionsstupor. Die Kranken können die nötigen Ideen nicht zusammen

bringen; sie tun etwas Verkehrtes wie der Erschreckte, der bei einem Brande Uhr und Porzellangeschirr aus dem Fenster wirft und alte Lappen sorgfältig ins Freie trägt. Sie sind also auch nicht parabulisch im Sinne Kraepelins.

In der Benommenheit scheint Echopraxie am häufigsten, doch kommt sie nicht bloß da vor.

Die Auffassung äußerer Eindrücke ist eine sehr ungenügende; etwas Kompliziertes kann überhaupt nicht erfaßt werden. Sogar an Bildern mögen nur einzelne Faktoren zur Geltung kommen. Die Orientierung kann schwierig werden, so daß die Kranken unter wenig veränderten Umständen ihr Zimmer nicht finden. Auch die einfachste Geschichte wird beim Lesen nicht aufgefaßt; der Kranke liest im gleichen Ton in die nächste Erzählung hinein, ohne zu merken, daß etwas Neues kommt. Er macht beim Lesen Fehler, „Fuß" statt „Fluß", „angefogen" statt „angesogen", bleibt mitten in einfachen Wörtern stecken, liest die Kommas mit usw. — Von „dem mit Salz beladenen Esel" wußte eine Kranke gar nichts zu erzählen. Auf die Frage, wovon die Rede sei, meinte sie schließlich: „Von einer Hirtin". (Und von einem Elefanten?) „Ja." (Oder von einem Pferd?) „Ja." (Von einem Esel?) „Ja, Ja." Sie erinnerte sich also schließlich, als der Esel erwähnt wurde. Auch vorher Gekanntes kann nur in kleinen Bruchstücken schrittweise erinnert und wieder gegeben werden. Ein Hebephrene trifft einen Bekannten in der Anstalt, der vor kurzem einen andern Bekannten des Patienten erschossen hat. Er erinnert sich, daß er den kennt. (Was ist denn mit ihm?) „Er hat auch einen Anfall gehabt". (Nach längerem Besinnen kommt ihm in den Sinn): „Er hat einen erschossen." Dann: „Er habe den (erschossenen) O. gekannt . . . . . er sei sein Nachbar gewesen." Nicht einmal diese wichtige Geschichte kam dem Kranken als Ganzes in den Sinn.

Am leichtesten beobachtet man die Benommenheit beim Schreiben[1]). Die Kranken machen Wörter und Sätze nicht fertig, lassen Wörter aus, korrigieren falsch, bemerken es, machen neue Versuche, die aber oft nicht besser gelingen, streichen aus und schreiben ein Wort oder einen Satz neu; das letzte gelingt am ehesten. Es können Sätze vorkommeu wie: „liege fast immer im Bett, wo ich so gu hause" (d. h. wo ich so gut zu Hause arbeiten könnte). Andeutungen von Perseveration und auch von Vorausnahme später zu setzender Buchstaben sind nicht selten.

In dem einzigen Fall, den ich bis zu einem gewissen Grade analysieren konnte, war die Affektivität erhalten, und sogar sehr ausgesprochen und labil. Die Patientin befand sich in Besserung, machte die Hausarbeiten gern und richtig, konnte aber „dritte reitende Artilleriebrigade" nicht nachsagen, ohne (psychisch) zu entgleisen.

Die Benommenheit kommt nicht nur in akuten Zuständen oder als akuter Zustand vor; sie hat an sich schon die Tendenz, sich lange hinzuziehen und kann sogar in der geschilderten Weise, wenn auch meist etwas abgeschwächt, jahrzehntelang anhalten. Es ist möglich, daß ihr eine einheitliche Erschwerung aller psychischen Vorgänge zugrunde liegt[2]). Wahrscheinlich aber handelt es sich auch hier um verschiedene Grundzustände. Bei der akuten Benommenheit mit katatonen Symptomen bekommt man den Eindruck einer groben Störung des Zentralorgans mit einheitlicher Erschwerung aller psychischen Vorgänge inklusive der Motilität. Komplizierte raschere Funktionen kommen hier ganz selten dazwischen. In anderen, namentlich chronischen Fällen läßt sich der Zustand nicht von einer hochgradigen und andauernden Perplexität unterscheiden. Hier kann oft ein Teil der Verrichtungen relativ prompt aus-

[1]) Vgl. oben, S. 131.

[2]) Hirndruck, toxische Schädigung oder ähnliches.

geführt werden[1]). Jedenfalls gibt es alle Übergänge und Mischungen des psychischen und des organischen Faktors, wohl in dem Sinne, daß die organische Störung die Disposition zu psychischer Perplexität erhöht oder erst schafft. Es ist aber möglich, daß auch noch andere Störungen zu dem gleichen Bilde führen.

7. Verwirrtheit, Inkohärenz.

Die meisten Assoziationsstörungen führen zu Verwirrtheit, wenn sie hochgradig sind. Einer besonderen Erwähnung bedürfen die Verwirrtheitszustände, die eine bloße Folge der schizophrenen Assoziationszerreißung sind. Bei dieser Art Inkohärenz handelt es sich fast immer um akute Syndrome. Die Patienten sprechen ganz unzusammenhängend, oft in abgebrochenen Sätzen; sie sind meist unruhig, tun immer etwas, aber es kommt in den ausgesprochenen Fällen nicht zum eigentlichen Handeln, kaum zur dauernden Durchführung so infacher Handlungen wie das Fortdrängen. Wie in den Gedanken, sieht man in den Handlungen meist nur Bruchstücke, wenn sich auch durch das ganze Benehmen gewisse affektbetonte Ideen unklar nachweisen lassen, so Angst vor irgend einem Unglück, Freude an einem erträumten Glück. — Körperliche Symptome, wie Fuligo, belegte Zunge, grobes Zittern ist oft auch hier vorhanden.

Eine solche Patientin war am Tage nach der Untersuchung etwas besser und verfügte ziemlich gut über ihr Wissen. Von der Untersuchung hatte sie nur Bruchstücke behalten, die sie zum Teil nachträglich zusammensetzen konnte. Sie weiß, daß sie in einem Saal oben gewesen ist mit einer Anzahl Herren, daß ein Sofa da war, daß ein Herr neben ihr auf dem Sofa saß; kann dann herausfinden, welcher es gewesen, kann die Ärzte, die dabei waren, zum Teil beschreiben, weiß aber nicht einmal, daß einer derselben der Abteilungsarzt ist. Diese Art Zerrissenheit unterscheidet sich sehr stark von den gewöhnlichen katatonischen Aufregungen, in denen die Kranken während des wildesten Tobens in wenigen Minuten einen ganzen Saal voll Patienten und Angestellten mit Namen kennen lernen.

Zu allen Formen von Verwirrtheit können sich melancholische, manische oder namentlich katatonische Symptome hinzumischen, es ist aber nicht nötig.

8. Zornanfälle.

Der Erwähnung wert sind auch die Zorn- und Schimpfanfälle vieler Kranker, die durch irgend ein äußeres Ereignis ausgelöst werden. Nicht nur wenn man dem Patienten etwas Unangenehmes zu sagen hat, sondern auch sonst, beim bloßen Gruß oder mitten in einem normalen Gespräch fangen die Kranken an zu schimpfen. Es nützt dann gar nichts, irgend ein Mißverständnis richtig stellen zu wollen; die Kranken fühlen sich durch alles, was man sagt, beleidigt und kommen nur immer mehr in den Zorn hinein. Gar nicht so selten kommen sogar Halluzinationen oder doch Illusionen dazu, auch wenn sie im ruhigen Zustande fehlen. Meist dauert der Anfall noch eine Weile fort, wenn der Patient allein gelassen worden ist, häufig einige Stunden, manchmal einige Tage, selten länger. Dauernde Verschlimmerungen folgen kaum je darauf.

[1]) So war eine katatonische Malerin, der sonst viel schwierigere Dinge meist gelangen, einmal einfach nicht imstande, eine Bank perspektivisch zu zeichnen. Häufiger ist allerdings das umgekehrte Verhalten, daß die gewöhnlichen Verrichtungen noch ordentlich gehen, alles Ungewohnte aber, auch wenn es noch so einfach ist, nicht ausgeführt werden kann.

Etwas ganz anderes sind die endogenen, meist halluzinatorischen Zornanfälle, die namentlich oft im Laufe vieler chronischer Zustände auftreten. Unter dem Einflusse von Halluzinationen, selten ohne solche, beginnen die Patienten plötzlich unbändig zu schimpfen, werden auch zuweilen gewalttätig. Die Anfälle dauern einige Minuten bis einige Wochen und sind einander beim nämlichen Patienten oft sehr ähhlich.

9. Gedenktagaufregungen.

Es handelt sich um eine ätiologische Gruppe. Manche Aufregungen erscheinen an bestimmten Kalendertagen. Die Kranken feiern Tage, an denen irgend etwas geschehen ist, was mit ihren Komplexen zusammenhängt, mit Aufregungen aller Art: größerer Reizbarkeit, Halluzinationen, Stupor usw. Ein arbeitsfähiger Hebephrene bekam Geruchshalluzinationen, mußte zwangsmäßig onanieren und entwickelte oft geradezu Wahnideen jeweils gegen den 17. eines Monats; er war an einem 17. geboren. Den Patienten ist der Grund ihrer Verstimmung nicht immer klar, bevor man eine Analyse mit ihnen gemacht hat. Tage, an denen eine Patientin den Mann oder den Geliebten getroffen oder verloren, der Hochzeitstag der Schwester, sogar die Tage, an denen der Kranke sündige Orgien gefeiert, werden auf diese Weise Anlaß zu Erregungen. Diese können mit dem Tag vorübergehen, aber auch von längerer Dauer sein, nachdem sie am kritischen Tage eingesetzt haben. Meist verlieren sich die Erregungen nach wenigen Wiederholungen. Länger verfolgen konnten wir sie bis jetzt nur in zwei Fällen.

10. Der Stupor.

In der Beschreibung mancher Autoren nimmt der akute Stupor einen wichtigen Platz ein. Da aber Stupor überhaupt kein einheitliches Symptom, sondern die äußere Erscheinung von vielen ganz verschiedenen Erschwerungen des Willens, Denkens und des Rapportes mit der Umgebung darstellt, kann er hier keinen besonderen Platz finden. Eine Zusammenstellung der Anomalien, die als Stupor in die Erscheinung treten können, siehe Seite 152.

11. Delirien.

Wieviel von den halluzinatorischen Zuständen der Schizophrenie mit dem Namen der Delirien bezeichnet werden mag, ist bei der unklaren Bedeutung des Wortes willkürlich. Es muß aber daran erinnert werden, daß den Fieberdelirien ähnliche Zustände im letzten Stadium tödlicher Katatonie vorkommen. Die Patienten reagieren aber dann fast gar nicht mehr auf die Umgebung, so daß eine Untersuchung und eine Charakterisierung dieser Zustände zurzeit nicht möglich ist.

12. Wanderzustände[1]).

Interkurrente Erregungszustände können auch die Form von Fugues annehmen. Kranke, die sonst ganz zuverlässig sind oder energie- und wunschlos vegetieren, laufen auf einmal davon, oft recht weit. In selteneren Fällen kommen sie nach einiger Zeit spontan zurück; meist werden sie aufgegriffen. Auch diesem Symptom liegen die verschiedensten Zustände zugrunde. Manchmal ist es nichts weiter, als daß es den Patienten mit oder ohne äußeren Anlaß in der Anstalt plötzlich verleidet ist; da laufen sie ohne lange Überlegung, was dann werden könne, davon; sie wissen nicht wohin, wenn sie nur fortkommen. Oft treiben wirkliche Verstimmungen mit

[1]) Vgl. Eisath.

großem Unbehagen oder geradezu Angst die Patienten fort. Von hier bis zu halluzinatorischen Erregungen, in denen die Patienten den Befehl oder doch den Rat bekommen, sich aus dem Staube zu machen, ist ein kleiner Schritt. Gelegentlich handelt es sich um einen bloßen pathologischen Einfall. Dämmerzustände liegen wieder anderen Fugues zugrunde, während bei einer letzten Kategorie das Davonlaufen eine Zwangshandlung oder sonst eine automatische Aktion ist.

Auf ihren Reisen benehmen sich die Kranken so verschieden wie sonst. Einzelne können als gesund imponieren, auch wenn sie in der Anstalt im höchsten Grad asozial oder sonderbar waren. Andere laufen in defekter Kleidung oder gar nackt fort, machen Lärm, greifen Leute an usw.

Die nachträgliche Begründung und die Erinnerung ist natürlich je nach dem zugrunde liegenden Zustand verschieden.

Schizophrene Wanderzustände geben manchmal Anlaß zu Fahnenflucht.

13. Dipsomanie.

Einzelne, wenn auch seltene Schizophrene bekommen dipsomane Anfälle. Sie haben eine gewisse Einsicht in ihren Zustand, soweit es das Trinken betrifft; fassen sogar, wenn sie nicht schwer krank sind, gute Vorsätze; bekommen aber von Zeit zu Zeit ängstliche Verstimmungen, die sie zwingen, mit allen Mitteln sich Alkohol zu verschaffen, bis sie nach einigen Tagen schwer berauscht und erschöpft irgendwo liegen bleiben.

II. Abschnitt.

Die Untergruppen.

Einleitung.

Die Aufgabe der Zerlegung der Schizophrenie in einzelne natürliche Unterabteilungen ist zurzeit noch nicht lösbar. Doch hat man das praktische Bedürfnis, die verschiedenen klinischen Bilder, die die Krankheit bietet, wenigstens nach groben Zügen mit Namen zu charakterisieren. Soviel ist auch möglich, aber nicht mehr.

Allerdings gehen einzelne viel weiter. Charpentier kennt 11 Unterformen. Wir halten uns an die bereits geläufigen Labellierungen Kraepelins, da etwas prinzipiell Besseres noch nicht an deren Stelle gesetzt werden kann. (Siehe die Charakterisierung der vier Gruppen, S. 7.)

Es handelt sich aber auch da nicht um Abgrenzung von Krankheitsformen, sondern um Gruppierung von Symptomen. Die Einteilung entspricht ungefähr einer Klassifizierung der Phthise in Fälle mit und ohne Fieber, mit und ohne Blutungen, mit und ohne Darmtuberkulose oder Amyloid. Ein Fall, der als Hebephrenie beginnt, kann einige Jahre später ein Paranoid sein.

Der Symptomkombinationen sind unendlich viele; da sich aber manche Syndrome sehr häufig in recht ähnlicher Weise wiederholen[1]), kann man einige dieser Formen als Beispiele herausgreifen. Sie lassen sich meist leicht in die vier Hauptkategorien einordnen.

Von den Kraepelinschen Gruppen sind Katatonie und Hebephrenie in den Heilanstalten ungefähr gleich häufig. Das Paranoid ist etwas seltener. Die einfache Form ist in den Anstalten spärlich vertreten, draußen aber vielleicht die häufigste Erscheinungsweise.

---

[1]) Es sind also — wo ein katatones Symptom zu sehen ist, mit einiger Wahrscheinlichkeit auch noch andere zu erwarten. Aber eine bestimmtere Korrelation der Symptome in dem Sinne etwa, daß man aus dem Vorhandensein einer Erscheinung auf die Anwesenheit oder das Fehlen von anderen rechnen könnte, kennen wir bis jetzt nicht.

A. Das Paranoid[1]).

Hierher gehören zunächst die meisten der typischen Fälle der alten „Paranoia".

Die Patienten fühlen sich nicht mehr wie sonst; es erscheint ihnen zeitweise alles anders wie früher; dann kommen „Ahnungen" oder Einfälle, sie seien zu diesem oder jenem bestimmt. Sie beziehen ganz gleichgültige Geschehnisse auf sich, oft zunächst nur ganz unsicher, sie fragen sich selbst: „Kann es so sein?" Nach und nach, oder auch plötzlich, bekommt der Beziehungswahn volle Sicherheit. Schulkinder laufen dem Tramwagen nach, wenn der Patient darin sitzt: es ist ihm klar, sie verspotten ihn; man „schreit ihn aus", er habe schlimme Dinge mit Kindern gemacht, onaniert, gestohlen. Immer mehr Leute geben ihm durch allerlei Zeichen und Anspielungen zu verstehen, daß sie um diese Missetaten wissen; sogar in den Zeitungen stehen mehr oder weniger versteckte Anspielungen auf ihn; der Pfarrer predigt mit speziellem Hinweis auf ihn. Der Kranke wechselt die Stelle, den Aufenthaltsort, überall tuschelt man über ihn, überall macht man ihm Zeichen; man fängt an, ihn zu schikanieren, man will ihn vertreiben; man gibt ihm nur die schlechte Arbeit; man verdirbt ihm, was er gemacht, um ihn zu diskreditieren; es ist ein ganzes Komplott, das sich die Mühe nimmt, ihn zu verfolgen. Eines Tages hört er auch, wie man über ihn spricht, ja zu ihm selbst sagt man allerlei Beschimpfungen, oder man höhnt ihn. Andere Halluzinationen kommen hinzu, namentlich die der Körperempfindungen. Schließlich wird der Kranke gegen seine Verfolger gewalttätig, er ohrfeigt jemanden, oder schießt, oder macht Lärm, namentlich in der Nacht; oder er getraut sich nicht mehr seine Wohnung zu verlassen und lebt da in Unreinlichkeit und Hunger ganz sonderbar dahin. Nun muß man eingreifen, der Kranke kommt in die Anstalt. Nach einiger Zeit wird er soziabler, er fängt an, gewisse Arbeiten zu verrichten, schließlich kann man ihn beruhigt, aber ohne Besserung seiner Wahnideen entlassen. Er hält sich einige Zeit draußen; es geht aber nicht lange; er wechselt wieder seine Stellen, oder man kündet ihm, weil er unverträglich ist, Fehler macht, unregelmäßig zur Arbeit kommt. Dann wiederholen sich die früheren Aufregungen; der Kranke kommt wieder in die Anstalt, wo er leicht dieses oder eines der nächsten Male hängen bleibt. Lange Zeit ist er da recht unangenehm, schimpft, lärmt, wird aggressiv; dann beruhigt er sich in Schwankungen; er läßt sich wieder zur Arbeit schicken, hat aber die Initiative verloren, sowohl in Verfolgung seiner Wahnideen als auch in anderen Dingen; wie eine Maschine arbeitet er weiter bei der Beschäftigung, die ihm angewiesen wird. Er wandert in die Pflegeanstalt oder kann auch in günstigen Fällen sich dauernd draußen halten, etwa bei der Arbeit helfend, aber in der Hauptsache gleichgültig und untätig in den Tag hineinlebend.

Nicht immer geht es nach diesem Schema. Viel häufiger ist ein ganz unregelmäßiger Verlauf. Schon die Wahnideen können wie ein Blitz aus heiterem

[1]) „Paranoide Form der Schizophrenie" kann man auf die Dauer nicht sagen, der Ausdruck ist zu lang. Teils deshalb, teils aus Mißverständnis wird von vielen Autoren dafür der Ausdruck „Dementia paranoides" gebraucht, der aber von Kraepelin in einem viel beschränkteren Sinn angewendet wird, und der geschaffen worden ist zu einer Zeit, wo der Autor die anderen paranoiden Formen noch nicht der Dementia praecox zuzählte.

Himmel fix und fertig auftauchen, während der Kranke noch arbeitet; sie können ihn für einige Tage aufgeregt machen, dann zurücktreten, um später wieder zu erscheinen. Oft beginnt das eigentlich paranoide Stadium nach längeren mehr oder weniger ausgesprochenen „Prodromen", die gar nicht paranoiden Charakter haben müssen, ganz akut: In der Nacht erscheint ein Engel, Christus, Gott selbst, der dem Kranken neue Wege zeigt; bei Verfolgten gibt es oft eine mehrstündige oder auch mehrtätige halluzinatorische Erregung, häufig verbunden mit vollkommener Verwirrtheit und Desorientierung. Oder es kommt bei irgend einer Gelegenheit, meist allerdings, wenn die Patienten allein sind, wie eine Erleuchtung über sie, und damit ist ihnen ihre neue Stellung zu Gott und den Menschen, die eigene Größe oder die Schändlichkeit der Verfolgerbande klar geworden. Solche Augenblicke findet man in der Geschichte vieler Schizophrenen mit Wahnideen überhaupt; bei den Nichtparanoiden spielen sie aber eine viel geringere Rolle, weil die Nachhaltigkeit der Wirkung fehlt.

Bei der Mehrzahl der Paranoiden verläuft die Krankheitskurve gar nicht stetig aufwärts, sondern in starken Schwingungen, die sich bald der Normallinie annähern, bald wieder auf große Höhe erheben. Neben den halluzinatorischen Verwirrtheitszuständen sind melancholische Depressionen häufig, viel seltener manische Erregungen; katatone Symptome aller Arten zeigen sich teils vorübergehend in akuten Schüben, teils auch dauernd in Haltung und Benehmen: der Kranke steht ein paar Jahre mit gespreizten Beinen an einer Wand, verbigeriert, zeigt Negativismus, der mehr oder weniger unabhängig ist von den Wahnideen usw. Zu anderen Zeiten arbeitet er.

Es gibt auch Paranoide ohne Halluzinationen; diese haben bloß falsche Eigenbeziehungen, die zu Wahnideen verarbeitet werden, oder sie knüpfen an irgend ein Ereignis eine Wahnidee, die sie dann Jahre hindurch verfolgen, ohne je darüber diskussionsfähig zu werden.

Hierher gehören namentlich viele schizophrene Querulanten.

Ein Mädchen besorgt die Haushaltung eines Arztes. Vielleicht hat er ihr einige erotische Avancen gemacht; jedenfalls bildete sie sich ein, er habe ihr die Ehe versprochen, verlangte, daß er sie heirate, machte ihm allerlei Schnödigkeiten, so daß er sie entlassen mußte. Sie klagte vor Gericht, immer in der Meinung, sie beweise ja alles, verklagte dann wieder die Richter, weil sie ihr nicht recht gaben, wurde immer konfuser, arbeitete fast nichts mehr, verprozessierte ihr Vermögen; wurde als geisteskrank begutachtet, verklagte die Begutachter usw. Dann und wann ging es wieder ein Jahr außerhalb einer Anstalt, wenn auch nie ganz ohne Reibereien.

Die Wahnideen können in leichten Fällen quasi im embryonalen Zustande verharren: solche Kranke beziehen vieles auf sich, was unter Umständen auch ein Gesunder auf sich beziehen, aber nicht weiter berücksichtigen würde; sie sehen in allem, was ihnen nicht gerade paßt, eine Beeinträchtigung ihrer Person, gelten als böse Drachen, kommen mit niemandem aus, bleiben auch in den Anstalten zur großen Befriedigung ihrer Mitkranken nicht lange. Sie können sich in Berufen, die sie nicht an andere Leute ketten, durchbringen, so als Hausierer.

Manchmal fehlen umgekehrt eigentliche Wahnideen, und es bestehen nur Halluzinationen, die sich in vielen Fällen ganz oder nahezu auf das Gehör beschränken. Während die Patienten zuerst meist nur durch verändertes Wesen

darauf reagieren, oft ihre Umgebung jahrelang im Unklaren über ihre inneren Vorgänge lassen, brechen sie früher oder später in Schimpfen aus; je nach dem Charakter kann auch unaufhörliches oder anfallsweises Weinen oder ein Selbstmordversuch oder rasende Zerstörung von Gegenständen die Krankheit manifest machen. In schweren Fällen sind diese Patienten sehr lange arbeitsunfähig, sogar in der Anstalt; in den leichtesten Fällen wissen sie sich mit den Stimmen abzufinden; sie gehen auf die Seite, wenn sie schimpfen wollen, oder unterdrücken die Reaktion mehr oder weniger. Dazwischen gibt es alle Übergänge. Namentlich sind in den Anstalten diejenigen häufig, die ganz ordentlich arbeiten, dann aber plötzlich für einige Minuten bis einige Tage ihre Aufregungen „infolge der Stimmen" bekommen. Sobald die Stimmen aussetzen, sind die Patienten ruhig und oft äußerlich ganz normal. Auffallend ist aber auch dann die Selbstverständlichkeit, mit der sie ihre Lage hinnehmen.

Ganz die gleichen Variationen wie der Verfolgungswahn zeigt der erotische und der Größenwahn. Die Kranken glauben sich von einer meist höher stehenden Person geliebt; wollen dieser Gelegenheit geben, mit ihnen zu verkehren, belästigen sie auf alle Weise, übertragen gelegentlich die Liebe auf andere Personen, die dann ebenso behandelt werden. Die Megalomanischen haben Erfindungen gemacht, sind Propheten, Philosophen, Weltverbesserer, die aber nur in verhältnismäßig seltenen Fällen Anhänger bekommen, da sie zu konfus sind und zu ungeschickt verfahren.

Neben den beschriebenen paranoiden Symptomenreihen tritt natürlich beim Paranoid die „Verblödung" immer mehr oder weniger hervor. Die Kranken handeln gar nicht nach ihren eigenen Ideen; der Prinz und König hilft bei allen landwirtschaftlichen Arbeiten mit, die Braut Christi kümmert sich nicht um Überirdisches, sondern wäscht mechanisch das Bettzeug ihrer unreinlichen Nebenpatientinnen und ist glücklich über ein geschenktes Bonbon. Nur wenige besitzen die Konsequenz und die Energie, ihre Wahnideen mit der Wirklichkeit in Verbindung zu bringen und Realisierung ihrer Wünsche zu verlangen. Einzig der Verfolgungswahn bleibt manchmal unermüdlich, die Abstellung der Quälereien und sogar die Bestrafung der Schuldigen zu verlangen. — In Dingen, die nichts mit den Komplexen der Kranken zu tun haben, kann in leichteren Fällen ein Intelligenzdefekt nicht nachzuweisen sein, doch sind die Kranken auch da meist unüberlegt und zerfahren. Im übrigen äußert sich die affektive Verblödung in der früher geschilderten Weise, aber gerade bei den eigentlichen Paranoiden am wenigsten stark.

* * *

Für unsere jetzigen Erkenntnismittel kommen ganz gleiche Störungen wie alle die oben angeführten auch vor als „Folgezustände" initialer melancholischer, manischer, amenter, katatoner Erregungen. Es ist nämlich nicht so, daß in den „sekundären" Fällen die „Verblödung" besonders stark hervortreten müsse. Auch diese Kranken können gelegentlich neben beständigen Halluzinationen und den unsinnigsten Wahnideen viele gute intellektuelle Leistungen aufweisen.

* * *

Eine besondere Erwähnung verdient die von Kraepelin herausgehobene Dementia paranoides. „Hier beginnt nach der einleitenden Depression sofort eine ganz abenteuerliche, immer wechselnde, durch Einreden und Erinnerungsfälschungen beeinflußte üppige Wahnbildung, die, abgesehen von gelegentlichen Zornausbrüchen, sehr bald jeden Einfluß auf das Handeln verliert. Ein eigentliches Fortschreiten findet nach der anfänglichen, rasch sich abspielenden Entwicklung nicht mehr statt; vielmehr kann der Zustand ein Jahrzehnt und länger nahezu unverändert bleiben. Besonnenheit und äußere Haltung bleiben trotz der ganz verworrenen, von massenhaften Wortneubildungen begleiteten Wahnvorstellungen ziemlich ungestört.“ Dieser Beschreibung bleibt nur hinzuzufügen, daß ein Depressionsstadium sich nicht immer finden läßt, und daß es symptomatologisch ganz ähnliche, aber chronisch beginnende Fälle gibt; ferner ist besonders zu betonen, daß die katatonen Symptome auch auf die Dauer vollständig fehlen.

Der „präsenile Beeinträchtigungswahn“ (Kraepelin) nimmt oft diese Form an; in den anderen Fällen unterscheidet er sich nur durch den schleichenden Beginn und die etwas geringere Ausbildung der Symptome von der Dementia paranoides.

B. Die Katatonie.

Die auffallendsten Formen der Katatonie beginnen mit oder ohne Vorläuferstadium mit einem akuten Schub, der den Charakter einer der bei der Schizophrenie gewöhnlichen Aufregungen hat, dem sich aber meist, wenn auch nicht immer gleich von Anfang an, katatone Symptome beimischen. Namentlich die mit kataleptischen Symptomen gemischten Stuporformen und die Hyperkinesen beherrschen häufig das Bild. Die Art der Erregung kann mehrere Male in unregelmäßiger Weise wechseln zwischen manischen und melancholischen Zuständen, Verwirrtheiten und Stupor. Nach einer beliebigen dieser Phasen kommt die Beruhigung, die in mehr als der Hälfte der Fälle zugleich eine Besserung ist: die Kranken fangen an zu arbeiten, halluzinieren weniger, oder gar nicht mehr, korrigieren einen Teil ihrer Wahnideen und werden „mit Defekt geheilt“. Einzelne Symptome, namentlich katatone, bleiben gern mehr oder weniger deutlich sichtbar. Bei den gut ausgehenden wie bei den schlimmeren Fällen treten früher oder später häufig weitere akute Schübe auf, die oft, aber gar nicht immer, dem ersten gleichen. Nach jedem derselben wird die Demenz meist prononzierter.

Die Katatonie kann auch mit chronischen paranoiden Symptomen beginnen; Wahnideen oder Halluzinationen oder beides bringen die Kranken mit der Diagnose „Paranoia“ in die Anstalt, wo über kurz oder lang sonderbare, nicht direkt durch die Wahnideen motivierte Handlungen und Unterlassungen auffallen, denen sich plötzlich oder allmählich die katatonen Symptome beigesellen.

Die chronischen Formen, die meistens als Endzustand betrachtet wurden, können ausnahmsweise gleich von Anfang an ausgesprochene katatonischen Charakter haben, so z. B. bei einer Kranken, die fast ein Jahr vor dem Anstaltseintritt zu sprechen aufhörte, dabei aber ihre Haushaltung noch relativ gut

führte. Im Laufe der nächsten zwei Jahre kamen Negativismus, Katalepsie und allerlei sonderbare Handlungen, Gewaltakte, Unreinlichkeit und vollständige Arbeitsverweigerung hinzu, Symptome, die nun wieder mehrere Jahre anhalten. In vielen Fällen sind Sonderbarkeiten namentlich des Handelns, die noch in anscheinender Gesundheit begangen werden, sich aber immer häufiger wiederholen, die Anfangssymptome der chronischen Katatonie.

Die chronischen katatonen Zustände, seien sie mit oder ohne Aufregungen entstanden, zeigen wenig Variationen. Viele Kranke sitzen einfach in beständigem Stupor, mit oder ohne Negativismus, herum und lassen sich besorgen; andere sind aufgeregter oder infolge des aktiven Negativismus gewalttätig und gehören dann zu den unangenehmsten Anstaltsinsassen. Sehr viele für die Außenwelt ganz Gleichgültige bekommen spontan vorübergehende Aufregungen, in denen sie schimpfen, gewalttätig werden, schmieren usw.

C. Die Hebephrenie.

Man ist versucht, diese Gruppe dadurch zu charakterisieren, daß die „Verblödung“ im Vordergrund stehe. Dann wären aber alle die zahlreichen und praktisch wichtigen leichten Formen ausgeschlossen, bei denen sich das Wort „Verblödung“ nicht mehr anwenden läßt, auch wenn man an eine volle Restitutio ad integrum nicht glaubt.

Die Hebephrenie umfaßt also

a) die nicht katatonischen akut beginnenden Formen (melancholische, manische, amente, dämmerige Zustände), soweit sie nicht in chronisch paranoide oder katatone Zustände übergehen;

b) alle chronischen Fälle, die akzessorische Symptome zeigen, ohne daß diese das Bild ganz beherrschen.

Leider paßt der Name auf die Gruppe nur insofern, als die meisten dieser Patienten zwischen 15 und 25 Jahren erkranken; doch gibt es (seltene) Hebephrenien im obigen Sinne, deren Anamnesen vor dem fünften oder gar sechsten Jahrzehnt keine Krankheitssymptome auffinden lassen.

Die Kahlbaum-Heckersche Hebephrenie war eine Verblödung, die in der Pubertätszeit verhältnismäßig rasch eintrat, meist mit verschiedenen affektiven Störungen verlief und außerdem noch charakterisiert war durch die Symptome der Flegeljahre. Für uns ist das Alter irrelevant, und die Symptome der Geziertheit und des Pathetischen, der Freude an Lümmeleien auf der einen Seite, der Altklugheit, dem Trieb zur Beschäftigung mit den höchsten Problemen anderseits, finden wir auch bei anderen Schizophrenen, deren Komplexe eine Selbstüberhebung, ein Gernegroßsein bedeuten[1]).

Die Erregungen im Sinne Heckers sind übrigens, wie seine Krankengeschichten zeigen, gar nicht so ausgesprochen, daß sie den Charakter akuter Psychosen annähmen. Bei ihm ist bloß die Verblödung im Vordergrund. Schon Kraepelin spricht aber von Beginn mit akuter Geistesstörung, findet ihn jedoch seltener. Da man indes die akuten Initialstörungen nicht wohl Katatonien nennen kann, wenn sie nicht ausgesprochene katatone Symptome zeigen oder von solchen gefolgt sind, müssen wir alle akuten „Psychosen“ mit nachfolgender Verblödung ohne katatoni-

---

[1]) Vgl. Theorie der Manieren.

sehen oder paranoiden Charakter der Hebephrenie beizählen, wenn wir nicht eine ganz unnötige neue Gruppe bilden wollen.

Für diese Gruppe spezifische Symptome gibt es nicht. Ich bin nicht einmal sicher, ob die Flegeljahrsymptome hier häufiger vorkommen als bei der Katatonie; vielleicht treten sie hier nur mehr in den Vordergrund, weil keine katatonen Symptome sie verdecken.

Immerhin gibt es theoretische Gründe, die gerade bei der Hebephrenie diese Erscheinungen am meisten erwarten lassen. Es ist nämlich richtig, daß sie beim Paranoid, das ja im ganzen später auftritt als die Hebephrenie, lange nicht so häufig sind. Wir wissen ferner, daß sich zur Zeit der Erkrankung bestehende Komplexe und Gewohnheiten gern fixieren, so daß sie lange Jahre nachher noch zu erkennen sind; es liegt also sehr nahe anzunehmen, daß die Gewohnheiten der Pubertät sich hier karikieren und zugleich dem geistigen Organismus fest einprägen. Dem ist nur entgegenzuhalten, daß es viele Leute gibt, die erst erkranken, nachdem sie dieses Stadium längst überwunden haben und doch die „hebephrenen" Erscheinungen zeigen[1]). — Falls es richtig wäre, daß die katatonen Symptome ihre Wurzel in der Sexualität haben, so würden eben die Leute mit vorwiegend sexuellen Komplexen Katatoniker, diejenigen, wo jene zurücktreten, Hebephrene oder Paranoide je nach dem Erkrankungsalter.

Unter dem Namen Hebephrenie würden also zunächst einmal die einfachen Formen des früheren sekundären Blödsinnes mit ihren einleitenden akuten Psychosen verstanden. Dann aber kommen die nicht seltenen Fälle hinzu, bei denen eine Erregung erst nach der Verblödung auftritt. Diese sind viel häufiger, als man nach den Beschreibungen annehmen sollte; melancholische und manische Erregungen, Dämmerzustände usw. können zu jeder Zeit des Verlaufs ebenso gut wie im Anfang eintreten. Gerade bei der Hebephrenie mit ihren wenig auffallenden Symptomen ist es sehr häufig, daß eine schon viele Jahre bestehende Krankheit durch einen akuten Anfall in die Anstalt gebracht wird.

Manchmal ist die Erregung sehr leicht, oder sie fehlt ganz. Im letzteren Falle versagen die Kranken einfach, verlieren ihre Leistungsfähigkeit, werden nachlässig, rücksichtslos, machen Dummheiten. Darunter sind viele, die jahrelang als Neurastheniker oder, wenn sie weiblich sind, als Hysterische gelten. Deutlich hypochondrische Färbung bildet oft den Übergang zu den paranoiden Formen. Bei der großen praktischen Wichtigkeit einer rechtzeitigen Diagnose ist es sehr richtig, wenn Kraepelin diese „hypochondrische Verblödung" besonders hervorhebt. „Im Vordergrund steht dabei das immer stärker hervortretende Gefühl der geistigen und körperlichen Unfähigkeit mit allerlei krankhaften Empfindungen, das die Kranken nach und nach dauernd auf jede Tätigkeit verzichten läßt. Zugleich werden sie gemütlich stumpf, teilnahmslos, schlaff, ohne Sinnestäuschungen oder ausgeprägte Wahnbildungen."

Die Hebephrenie kleidet sich also in eine beliebige Form der schizophrenen Verblödung. Sie kann dauernd chronisch verlaufen oder im Anfang oder später akute Syndrome aufweisen. Halluzinationen, unsinnige Wahnideen, gelegentlich auch katatone Symptome komplizieren das Bild, ohne es zu dominieren.

---

[1]) Auch Jahrmärker (316) erwähnt Fälle mit läppischem, albernem Benehmen, die im fünften und sechsten Dezennium erkrankten.

D. Schizophrenia simplex[1]).

„Die Patienten werden einfach affektiv und intellektuell schwächer, der Wille verliert an Kraft; die Fähigkeit ihre Arbeit zu tun, für sich zu sorgen, nimmt ab, sie erscheinen dumm und zeigen schließlich das Bild einer ausgesprochenen Demenz“ (Clouston).

Daß wir diese Fälle nicht, wie es Kraepelin tut, der Hebephrenie zuteilen, hat mehr praktische als theoretische Gründe: trotz aller Versuche von kompetenten Seiten ist es ja nicht gelungen, der „primären Demenz“ allgemeine Anerkennung zu verschaffen; sie wurde von manchen in concreto gar nicht erkannt; die Kranken machen die Welt unsicher unter der Flagge der Psychopathie, der Degeneration, der Moral Insanity, des Alkoholismus und vielleicht am häufigsten unter der der Gesundheit. Die einzige Möglichkeit, diese Formen den Ärzten bekanntzumachen, besteht darin, daß man sie besonders benennt. Und einen kleinen theoretischen Wert hat diese Abtrennung doch auch, indem sie den Unterschied der wesentlichen von den akzessorischen Symptomen recht deutlich demonstriert; dem einfachen Schizophrenen fehlen die letzteren.

Die einfache Form ist in den Anstalten ziemlich selten, kommt aber draußen ebenso oft vor wie die anderen. In der Sprechstunde sieht man sie mehr, und zwar sowohl bei den Verwandten des Patienten, wegen dessen man konsultiert wird, wie bei diesem selbst. In den unteren Ständen vegetieren die einfachen Schizophrenen als Hausierer, Taglöhner, sogar etwa als Dienstboten, dann aber als Vagabunden wie andere Schizophrene leichteren Grades. In höheren Ständen spielt der häufige Typus des unverträglichen, beständig keifenden, nur Ansprüche machenden, aber keine Pflichten kennenden Weibes seine unglückselige Rolle. Die Familie denkt lange Jahre nicht an Krankheit, erträgt eine Hölle voll Qualen von der „boshaften“ Frau und verdeckt mit allen Mitteln das Verhältnis vor der Außenwelt; Geheimhalten der Anomalie ist um so leichter möglich, als viele dieser Kranken sich in Gesellschaft noch ganz unauffällig benehmen können. Oft ist man geradezu gezwungen, vor der Welt die Anomalie zu verschweigen, da viele Leute geneigt sind, für die Patientinnen einzutreten, die so gut die verfolgte Unschuld spielen können.

Kahlbaum (348) hat diejenigen Fälle, bei denen fast nur die Störung im sozialen Fühlen und Handeln zutage tritt, als Heboidophrenie oder Heboid bezeichnet. Er weiß aber, daß auch formale Störungen des Denkens (z. B. Vorbeidenken) bei der Krankheit nicht fehlen, und gliedert sie in richtiger Weise seiner Hebephrenie an. Er stellt eine verhältnismäßig gute Prognose; Fälle, wie die von ihm beschriebenen, verlaufen aber nicht anders als andere zunächst leichte Fälle von Schizophrenie. Die Aufstellung des Heboids hat deswegen keinen Anklang finden können.

Ein anderer wichtiger und sehr häufiger Typus ist der schizophrene Alkoholiker, der meist verkannt und immer unrichtig behandelt wird. Viele Schizophrene ergeben sich ja dem Trunk; man übersieht dann gewöhnlich die Grundkrankheit (vgl. Graeter).

Ob man die schizophrenen Querulanten zu dieser Gruppe zählen will, ist Sache der Willkür. Von den einfach unverträglichen Leuten zu den

[1]) Vgl. auch Weygandt (813) und Diem (180).

paranoiden Querulanten mit ausgesprochenen Wahnideen gibt es alle Übergänge; man tut vielleicht am besten, irgendwo in der Mitte der Skala einen Schnitt zu machen, und die eine Hälfte, die keine eigentlichen Wahnideen hat, hierher, die andere zum Paranoid zu zählen.

Ferner sind unter den verschrobenen Köpfen aller Arten, die als Weltverbesserer, Philosophen, Schriftsteller, Künstler auffallen, neben „Degenerierten" viele einfache Schizophrene.

Ein junger Schweizer, der die Handelsschule mit Erfolg absolviert hat, naturalisiert sich als Deutscher, um Unteroffizier zu werden; als solcher macht er die Kriege von 66 und 70 mit; nachher wird er Photograph, treibt sich aber in verschiedenen Stellungen als Gehilfe oder Reisender herum; zwei Versuche, sich selbständig zu machen, scheitern kläglich; er büßt sein ganzes Vermögen ein. Die Heirat etwa im 40. Jahre ändert nichts an der Sache. Er wird immer unfähiger, immer gleichgültiger, arbeitet schließlich gar nichts mehr, kümmert sich nach dem Tode seiner Frau nicht um seine Kinder, sitzt zu Hause oder in den Wirtshäusern herum ohne eigentliche Alkoholexzesse, und erst im 52. Jahre kommt Patient in die Pflegeanstalt. In diesem Falle zeigte sich die Schizophrenie zunächst jahrelang nur darin, daß Patient ohne rechten Grund seinen Beruf aufgab und die Nationalität wechselte. Ganz allmählich wurde er aber leistungsunfähiger und gleichgültiger, und erst Ende der Vierzigerjahre scheint die Krankheit ein etwas rascheres Tempo bis zur totalen Verblödung eingeschlagen zu haben.

Ein Lehrer, der sehr gut durchs Seminar gekommen, geht, da er nicht gleich nach dem Examen eine Stelle findet, als Hauslehrer nach Rumänien. Er bleibt dort acht Jahre, läßt sich aber auf verschiedene Arten um sein Salär bringen; dann kommt er aller Mittel entblößt zurück, bewirbt sich um Lehrerstellen, vikariert an den verschiedensten Orten, bekommt aber jahrelang keine feste Stelle, bis ihn einmal eine kleine Gemeinde wählt, um ihn ein halbes Jahr später wegen seiner Unfähigkeit wieder wegzuwählen. In einem anderen Kanton hat er nicht mehr Glück; eine Stelle, wo er — wenigstens vorläufig — hätte bleiben können, verließ er Knall und Fall, ohne Aussicht auf eine andere zu haben. Natürlich war er immer in Geldverlegenheit, mußte Schulden machen, verpfändete seine Pension zu ungünstigen Bedingungen, versetzte seine Sachen, alles in der Meinung, daß die Verhältnisse sich nun anders gestalten müßten, denn bis jetzt hatte ihm nur dies oder jenes zufällig gefehlt; wenn man ihm jeweilen noch so und so viel vorstreckt, so ist er ganz sicher, daß er dann eine Stelle bekommt und alles wieder ordnen kann. Daß er an seinem Mißgeschick selber schuld ist, davon hat er trotz aller Belehrungsversuche keine Ahnung. Schließlich bombardiert er alle Behörden, die mit ihm zu tun haben, mit Bittgesuchen oder Darstellungen seines guten Rechtes, denen Anschuldigungen und Beschimpfungen beigemischt werden, schädigt diejenigen, die ihm Kredit geben, und kommt im 45. Jahre in die Anstalt, wo er in allen wichtigen Dingen ganz gleichgültig ist, nichts arbeitet und nur darauf beharrt, man müsse ihm eine Lehrstelle geben, die er bei seinen Fähigkeiten ganz gut ausfüllen könnte.

Anderer Typus, mit Reizbarkeit: Normales, intelligentes Mädchen verheiratet sich mit 20 Jahren und lebt über fünf Jahre in glücklicher Ehe. Ganz allmählich wird sie reizbarer, gestikuliert auffallend beim Sprechen; das nahm zu, sie konnte kein Dienstmädchen mehr behalten, bekam mit den Hausbewohnern Streit, und innerhalb der Familie hatte sie sich zum unerträglichen Hausdrachen ausgewachsen, der nur Rechte, aber keine Pflichten kannte. Die Haushaltung konnte sie nicht mehr führen, weil sie ganz ungeschickte Einkäufe machte und überhaupt alles unpraktisch in die Hände nahm. In der Anstalt viele Jahre lang das gleiche Benehmen,

nur in zunehmendem Maße, so daß man sie auf der Abteilung nur in ihrem Zimmer und im Freien nur da haben kann, wo wenig Leute sind. Sie kann aber nach mehr als zehnjährigem Aufenthalt noch frei ausgehen, wenn sie auch durch Schwätzereien manche Unannehmlichkeit verursacht. Hat beständig über ungenügende Behandlung irgendwelcher nervöser Leiden zu klagen. Wichtigen Dingen, wie ihrem Verhältnis zur Familie, gegenüber, ganz gleichgültig; keine Liebe zu ihren Kindern; ist nicht imstande, sich zusammenzunehmen, obschon sie ganz gut weiß, daß sie ein schönes Leben haben könnte, wenn sie weniger keifen würde. Keine paranoiden oder katatonen Symptome.

Sehr viele Leute werden bei genauerem Zusehen der einfachen Schizophrenie verdächtig, ohne daß man im gegebenen Moment die Diagnose sichern kann. Sehr oft aber wird nach Jahr und Tag die Vermutung bestätigt, so daß es ganz unzweifelhaft ist, daß viele Schizophrene herumlaufen, deren Symptome nicht ausgesprochen genug sind, um die Geisteskrankheit erkennen zu lassen. Wenn man die Verwandten unserer Patienten beobachtet, so findet man oft Eigentümlichkeiten bei ihnen, die qualitativ ganz identisch sind mit denen der Patienten selbst, so daß die Krankheit nur als eine quantitative Steigerung der Anomalien bei Geschwistern und Eltern erscheint.

Solche leicht Kranke gelten als Nervöse verschiedener Art, als Degenerierte usw. Verfolgen wir die Anamnese der in späteren Jahren durch eine Exazerbation, eine gerichtliche Untersuchung, einen pathologischen Rausch oder einen ähnlichen Zufall in die Anstalt gebrachten Kranken, so finden wir gewöhnlich in der ganzen Vergangenheit leichte pathologische Symptome, die sich im Lichte der neuen Erkrankung unzweifelhaft als schizophrene darstellen.

Es gibt also eine latente Schizophrenie, und ich glaube geradezu, daß diese Form die häufigste ist, wenn sie auch am seltensten als solche in Behandlung kommt.

Die Erscheinungsweisen der latenten Schizophrenie zu beschreiben, lohnt sich wohl nicht. Alle Symptome und Symptomenkombinationen, die bei der ausgebildeten Krankheit zu sehen sind, können hier in nuce vorkommen. Reizbare, sonderbare, launenhafte, einsame, übertrieben pünktliche Leute erregen unter anderen den Verdacht, schizophren zu sein. Oft findet man versteckt noch das eine oder andere katatone oder paranoide Symptom, und Exazerbationen von verschiedenstem Habitus im späteren Leben beweisen, daß alle Formen der Krankheit latent verlaufen können.

E. Spezielle Gruppen.

a) Periodische.

Es hat einen gewissen Wert, noch von einigen anderen Gesichtspunkten aus einzelne Gruppen herauszuheben.

a) Da sind zunächst die „periodischen" Fälle. Der Begriff des Periodischen ist in der Psychiatrie ein sehr unbestimmter. Am meisten verdienen diesen Namen diejenigen Psychosen, deren akute Anfälle sich ganz nach dem Schema des manisch-depressiven Irreseins wiederholen. Bald nach der Pubertät, selten später, treten die ersten manischen oder melancholischen Anfälle, auf die sich dann in längeren oder kürzeren Intervallen wiederholen; auch

zyklische Formen sind nicht so selten. In den meisten Fällen dieses Typus ist die nach dem Anfalle zurückbleibende Demenz anfänglich eine geringe. Die meist deutlich hervortretenden schizophrenen Symptome lassen aber keinen Zweifel über die Diagnose und den endlichen Ausgang.

Die Perioden sind in einzelnen Fällen sehr kurz und auch zuweilen von verblüffender Regelmäßigkeit, wie ich sie von dem manisch-depressiven Irresein nicht kenne. Ich habe einen Fall gesehen, der mehr als 30 Jahre lang immer den einen Tag manisch, den andern deprimiert war; und dieses Verhalten änderte sich auch nicht, als die Hirnatrophie des Alters ihre Symptome zu der Schizophrenie hinzutrug. Bei einer andern Kranken dauerten die Phasen viele Jahre lang 25 Stunden; der Wechsel fiel dann in jede Tageszeit und war ein momentaner. Eine Katatoikan war lange Zeit an einem Tage verhältnismäßig gut, arbeitete, aß sehr viel, sprach aber wenig. Am andern Tage war sie stuporös, negativistisch, unbeweglich, abstinierte. — Eine chronisch Katatonische war regelmäßig jeden zweiten Tag aufgeregt, schrie und verbigerierte; an den anderen Tagen war sie stuporös, lenksam; gab man ihr an den Lärmtagen Schlafmittel, so wurde der Zyklus verschoben; sie blieb an diesem Tage ruhig, lärmte aber am folgenden.

Es handelt sich also bei diesen kurzen Perioden ebensowenig wie bei den längeren immer um manisch-depressive Symptome. Alle Arten von Aufregungen können abwechseln mit allen Arten von Darniederliegen der psychischen Tätigkeit. Naecke (505, S. 645) nennt solche Fälle Katatonia alternans; einer seiner Kranken war jeweilen zirka 25 Stunden in Erregung und zirka 29 Stunden im Stupor (vgl. auch Schubert).

Merkwürdig sind diejenigen Veränderungen des Bildes, in denen die Kranken meist unter psychischen Einflüssen bald ganz in den Wahnideen leben, dann wieder sich an die Wirklichkeit halten. Meist allerdings sind hier die Wechsel zwischen den einzelnen Phasen so kurz, daß man lieber von einem einheitlichen Zustandsbild mit verschiedenem Aspekt spricht, so wenn eine Spätkatatonie zwei Zustände zeigt, die während eines einzigen Gespräches wechseln können. Beispielsweise war der erste Zustand in einem Falle durch Orientierung in der Umgebung und eine gewisse Einsicht charakterisiert; im zweiten hielt die Patientin den Arzt für den Teufel, änderte die ganze Umgebung im gleichen Sinne und kroch angstvoll unter die Decke.

Man sollte natürlich diejenigen Fälle, deren Periodizität von innen herauskommt, scharf trennen von den anderen, die nur unter psychischen Einflüssen bald Aufregungen, bald Ruhe haben. Wie schon aus den obigen Andeutungen hervorgeht, läßt sich aber eine solche Trennung nicht recht durchführen, nicht nur, weil wir die Veranlassungen der einzelnen Phasen gar nicht immer genau kennen, sondern namentlich auch deshalb, weil eben oft beide Ursachen zusammenkommen müssen, um den Anfall auszulösen oder zu beendigen.

b) Altersgruppen.

Die Schizophrenie ist nicht eine Pubertätspsychose im strengen Sinne, wenn auch die meisten Erkrankungen bald nach der Pubertät manifest werden. Bei einigermaßen guter Anamnese kann man mindestens 5% der Fälle in die Kindheit, und zwar bis in die ersten Lebensjahre zurückverfolgen. Dabei lassen wir die Anomalien, die nicht deutlich schizophrenen Charakter haben, ganz

unberücksichtigt, obschon wir wissen, daß die Krankheit viele Symptome von allgemeinerer Bedeutung in sich schließt.

Unterschiede der infantilen Formen gegenüber den anderen kennen wir vorläufig nicht. Bekommt man die Kranken im Kindesalter zur Beobachtung, so zeigen sie die gleichen Symptome wie die Erwachsenen; nur ist uns bis jetzt aufgefallen, daß eine Analyse dieser Fälle schwieriger war. Kinder sind sich zwar nicht in ihren Wünschen, wohl aber im Inhalte derselben weniger klar als die Erwachsenen; möglicherweise hängt die Schwierigkeit damit zusammen, vielleicht aber auch mit unserer ungenügenden Erfahrung im Umgang mit den kleinen Geisteskranken.

Die Prognose der vor der Pubertät bei uns eingetretenen Fälle scheint für die nächsten Jahre eine nicht ganz schlechte zu sein; ich erinnere mich nur an zwei, die in der Anstalt hängen geblieben sind. Was später aus ihnen wird, weiß ich nicht. Die Anamnesen der Aufnahmen Erwachsener zeigen aber, daß wenigstens ein Teil dieser Frühkranken rezidiviert und dann meist stark verblödet.

Die Erkrankungen des zweiten und dritten Jahrzehntes sind zum großen Teil die hebephrenen und katatonen Formen, während im vierten Dezennium und wenig vorher eine gewisse Vorliebe für paranoide Formen zu bemerken ist. Diese nimmt noch einige Zeit zu, so daß Kraepelin eine Form des „Beeinträchtigungswahnes", die wir der Schizophrenie zuzählen müssen, als „präsenile" herausheben konnte.

Lugaro (428) hat für diese Tatsachen eine ansprechende Erklärung gegeben, die aber noch der Bestätigung bedarf: er meint, daß die unfertige Psyche durch den Krankheitsprozeß mehr geschädigt werde als die fertige, wie wir ja wissen, daß alte Erinnerungsbilder durch Zerstörungen im Gehirn viel weniger alteriert werden als neue Erwerbungen. Die Persönlichkeit und das ganze Verhältnis des Menschen zu seiner Umgebung bildet sich um bis ins dritte Jahrzehnt, muß also vor dieser Zeit besonders vulnerabel sein, während die gefestigte Persönlichkeit des späteren Alters zwar verändert, aber nicht so restlos vernichtet werden kann. Es kann aber auch sein, daß leichtere „Disposition" zugleich zu späterem Ausbruch und zu geringerer Alteration der Persönlichkeit neigt.

Jedenfalls müssen diese Verhältnisse durch die Stärke des Krankheitsprozesses eventuell auch durch die Intensität psychischer Faktoren in einzelnen Fällen verändert werden können. Denn wir sehen Paranoide auch in der Pubertät erkranken, und vor allem wissen wir, daß es auch Spätkatatonien gibt. Kraepelin hat zuerst auf die nicht seltenen Fälle aufmerksam gemacht, die in der Involutionsperiode an einer anscheinend gewöhnlichen Melancholie erkranken, dann aber katatone Symptome bekommen und schließlich in katatone Verblödung übergehen. Es ist hinzuzufügen, daß in jeder Periode des späteren Alters die gleichen Formen auftreten können wie früher. Ob sie Rezidive oder Exazerbationen einer früheren Erkrankung sind, können wir noch nicht entscheiden; doch haben wir noch keinen Fall gesehen, bei dem wir einen früheren Beginn sicher ausschließen durften.

c) Ätiologische Gruppierungen

gibt es in der Schizophrenie nach unserem jetzigen Wissen nicht. Wir müssen annehmen, daß durch Kopftraumen schizophrene Krankheitsbilder erzeugt

oder ausgelöst werden können; sicher ist es, daß Fieberzustände und normale Puerperien Schübe von Schizophrenie im Gefolge haben können, ja daß der erste Anfall sich manchmal an solche Vorgänge anschließt. Wir kennen aber keine bestimmten Typen oder Symptome, die einer solchen Ätiologie entsprechen. Die Haftpsychosen besitzen zwar ein der veranlassenden Ursache entsprechendes Gepräge; es handelt sich aber hier nicht um Charakterisierung der ganzen Krankheit, sondern um die der Symptome. Der „Haftkomplex" äußert sich in dem Wunsche, befreit zu werden, oft in dem Bedürfnis unschuldig zu sein oder wenigstens so zu gelten. So hört der Kranke eines Tages den Direktor oder einen Engel oder sonst eine kompetente Person sagen, daß er freigesprochen sei, oder daß er entlassen werde. Er wird gehobener Stimmung — aber nicht entlassen. Es sind eben Feinde da, die ihn gefangen halten wollen; sie lassen ihn trotz Verfügungen von kompetenter Stelle nicht gehen; sie verhindern die Boten, zu ihm zu kommen; sie fangen an ihn zu quälen, lassen giftige Gase in seine Zelle strömen, mißhandeln ihn in der Nacht, machen ihm schreckhafte Bilder vor. So wird er zuerst gereizt, dann lärmend und gewalttätig, kommt in psychiatrische Behandlung, wo der psychisch ausgelöste Anfall in vielen Fällen verhältnismäßig rasch, d. h. meist in einigen Wochen abklingt und die chronische Schizophrenie in irgend einer Form zurückläßt. Nicht immer natürlich verläuft der Anfall in dieser Weise. Statt sich bloß gerechtfertigt zu fühlen, kann der Sträfling zum Weltverbesserer, zum zweiten Erlöser werden. Die Verfolgungen werden dann längere Zeit etwas besser ertragen. Es kann auch vorkommen, daß schon der Untersuchungsgefangene, besonders wenn er Alkoholiker ist, an einer akuten Psychose erkrankt. Er sieht dann etwa in einem zusammenhängenden Delirium alle möglichen Versuchungen, Anstalten zu seiner Erlösung, die er mit der Erlösung der Menschheit überhaupt identifiziert; nach mehrtägigen Erlebnissen, die die Apokalypse übertrumpfen, wird er endlich feierlich in den siebenten Himmel aufgenommen — die Haft kann ferner einen Ganserschen Zustand oder das Faxensyndrom auslösen. — Natürlich kann auch bei schizophrenen Sträflingen der „Haftkomplex" wirkungslos bleiben; dann sieht die entsprechende Schizophrenie eben auch in dieser Beziehung aus wie irgend eine andere.

Oder es kann vorkommen, daß wie bei anderen Psychopathen der Haß gegen die Gesellschaft und das völlige Versagen jeden Ausweges zu einem zerstörenden Wutanfall führt (Zuchthausknall). Leute der letzteren Kategorie können nach ein paar Stunden wieder in dem ruhigen früheren Zustande sein, der besonders leicht nach dem Schlafe der Erschöpfung eintritt.

Besondere Erwähnung verdienen auch die „Menstruationspsychosen". Schon die gewöhnlichen schwereren Fälle in den Anstalten sind zu einem beträchtlichen Teil während der Menstruation stärker aufgeregt. Ganz leichte Fälle können viele Jahre lang nur während der Periode krank erscheinen. Solche Zustände kommen als Residuen nach akuten Anfällen, als Vorläufer von schwereren Erkrankungen, aber auch ohne weitere Komplikationen vor; im letzteren Falle können sie heilen, namentlich im Klimakterium.

Ich kannte eine in Haushalt und Geschäft tüchtige Frau, die während mehr als zehn Jahren bei jeder Menstruation deutlich schizophrene Verstimmungen hatte mit etwas Verfolgungswahn, Suizidtrieb, schizophrenem Gedankengang und schizo-

phrener Reaktion auf ihre Krankheit. Sie ist seit einigen Jahren frei von manifesten Symptomen. In diesem Falle lag Verwechslung mit manisch-depressiver Verstimmung sehr nahe.

d) Gruppierung nach der Intensität der Krankheitserscheinungen.

Von den latenten Schizophrenien bis zu den schwersten gibt es alle Übergänge. Hier sind nur besonders zu erwähnen die letalen Fälle. Sie haben, soviel ich weiß, alle katatonischen Charakter. Natürlich zählen wir hierzu nicht diejenigen Fälle, die aus Nahrungsmangel, an Erschöpfung bei beständiger Bewegung, an Infektionen durch die Verletzungen oder an gehäuften epileptiformen Anfällen zugrunde gehen. Die von solchen Einflüssen unabhängigen Schwankungen des Kräftezustandes können so weit gehen, daß die Nahrung überhaupt nicht mehr assimiliert wird. Trotz künstlicher Ernährung und aller Sorgfalt der Behandlung gehen die Patienten an Atrophie zugrunde; meist innerhalb einiger Wochen oder Monate.

Es gibt aber auch eine andere Gruppe, die an einer Art katatoner Hirnlähmung umzukommen scheint. Die Patienten gleichen zunächst ganz den gewöhnlichen Schizophrenen, fallen aber bald durch eine gewisse Kraftlosigkeit auf; trotz der motorischen Erregung sind die Bewegungen nicht ausgiebig, nicht kräftig; die Verbindung mit der Außenwelt erscheint eine ungenügende, man bekommt gar kein Verhältnis zu ihnen, auch nicht das negative wie bei vielen anderen Katatonien; wenn sie reagieren, reagieren sie langsam auf Anreize von außen. Der Mund wird nicht mehr gereinigt, der Lidschlag wird selten, oder hört ganz auf; trotz aller Gegenmaßregeln, die allerdings von den widerspenstigen Kranken möglichst erschwert werden, gibt es nekrotische Stellen in der Kornea, unter Umständen auch Dekubitus der äußeren Haut, die Farbe wird fahl, und die Patienten gehen innerhalb weniger Wochen zugrunde. Daß es sich um Schizophrenien, wie alle andern, handeln kann, beweist nicht nur die Symptomatologie der letalen Fälle, sondern vor allem der Umstand, daß solche Erscheinungen bei Kranken auftreten können, bei denen die Diagnose schon lange vorher gesichert ist. Auch längst abgelaufene, stillstehende Fälle können plötzlich eine Hirnlähmung bekommen, die in wenigen Tagen zum Tode führt.

III. Abschnitt.

Der Verlauf.

A. Der zeitliche Verlauf.

Alle die verschiedenen Verlaufsweisen der Schizophrenie zu schildern ist unmöglich. In den Lehrbüchern findet man nicht die häufigsten Variationen, sondern diejenigen, die am leichtesten zu beschreiben sind. Am nächsten kommt man wohl der Wirklichkeit, wenn man sich klar macht, daß nur die Verlaufsrichtung nach der schizophrenen Demenz hin bestimmt ist, daß aber im einzelnen die Krankheit zeitlich und qualitativ ziemlich regellos verlaufen kann; kontinuierliches Fortschreiten, Stillestehen, Schübe, Remissionen sind jederzeit möglich[1]).

Man glaubte früher, dem Ziele näher zu sein. Für ihre Hebephrenie hatten Kahlbaum und Hecker den sicheren Ausgang in Verblödung angenommen. Kahlbaums Katatonie sollte einen ganz bestimmten Zyklus von verschiedenen Stadien durchmachen[2]). Diese und noch manche von anderen aufgestellte Regel hat sich als unrichtig erwiesen.

Immerhin gibt es eine Anzahl von Fällen, die sich einigermaßen in ein Schema einreihen lassen. Viele Schizophrenien werden mit einer akuten Erregung manifest. Während der Erregung sinkt das Niveau der Intelligenz oft so, daß man nach dem ersten Anfalle schon von Blödsinn sprechen kann („sekundärer Blödsinn" der Autoren); oder das akute Syndrom hinterläßt chronische Halluzinationen und Wahnideen („sekundäre Paranoia"). Der Anfall kann sich wiederholen, wobei die Intelligenz jedesmal weiter heruntergesetzt wird; oder nur bei einem einzelnen von mehreren Anfällen bemerkt man den Sturz des geistigen Niveaus. Der Begriff der „sekundären" Zustände hält aber

[1]) Es gibt viele Mitteilungen über „ungewöhnlichen Verlauf" hierher gehörender Krankheitsbilder. Keiner der mir bekannt gewordenen Fälle hatte etwas, was nicht jeder beschäftigte Irrenarzt in prinzipiell gleicher Weise schon oft gesehen hat. Der Autor hat sich jeweilen einen „gewöhnlichen Verlauf" konstruiert, der aber der Wirklichkeit nicht gerecht wird. Das Ungewöhnliche liegt dann nur darin, daß der Autor in einem besonders eklatanten Falle die Abweichung von seinem Schemen bemerkte.

[2]) Allerdings ist anzunehmen, daß er selbst ebensowenig wie ich einen ganz nach seinem Schema verlaufenden Fall gesehen habe; denn er publiziert nicht eine einzige Krankengeschichte, die in seinem Sinne typisch wäre.

den Tatsachen nicht einmal in diesen Fällen mit akutem „Beginn" Stand, indem die „Verblödung" auch nach Beendigung des akuten Syndroms noch Fortschritte macht oder — gar nicht selten — erst einige Zeit nach dem Abklingen der Erregung einsetzt. Es gibt indes, soviel wir wissen, keine akuten Formen, die notwendig einen dauernden Ausfall bedingen müssen[1]). Die Dämmerzustände verlaufen in der Regel gut.

Die akuten Episoden können einige Stunden bis Jahre dauern. Diejenigen, die wir in die Irrenanstalten bekommen, sind zum größten Teil in einer Anzahl von Monaten abgelaufen. Sie können einzeln vorkommen oder sich beliebig oft wiederholen.

Den Formen mit akuten Syndromen aller Arten ist die einfache Schizophrenie gegenüberzustellen, da sie am häufigsten gleichmäßig schleichend verläuft und Dezennien zu ihrer Entwicklung gebrauchen kann, ohne daß Schübe oder Remissionen zu bemerken wären. Es gibt aber auch einfache Verblödungen, die von einem Tage auf den andern eine solche Höhe erreicht haben, daß die Patienten vollständig arbeits- und gesellschaftsunfähig sind. (Allerdings weiß ich nicht, ob die wenigen Fälle, die ich so habe verlaufen sehen, nicht später akzessorische Symptome bekommen haben.) Viele Verblödungen verlaufen aber ganz unregelmäßig, zeitigen dann meist akute Syndrome und werden deshalb nicht zur einfachen Schizophrenie gerechnet.

Auch das Paranoid hat eine gewisse Vorliebe zu chronischem Verlauf. Da wir aber hier nicht die unkomplizierten Fälle von vornherein abtrennen, sind bei dieser Gruppe — ganz abgesehen von den „sekundären" Fällen — Schübe, interkurrente Aufregungen und Remissionen sehr häufig; doch kommen die Schultypen mit ziemlich gleichmäßig verlaufender ganz flacher Kurve vor.

Ein subakut beginnendes und dann viele Jahre stabiles Paranoid ist die Dementia paranoides.

Die unregelmäßig verlaufenden Fälle sind die häufigsten. Sie zu beschreiben ist unmöglich. Einige Beispiele sollen sie charakterisieren.

Bäuerin. 17 Jahre alt. Katatonie von zwei Jahren Dauer. Nachher Krankenschwester; nach zwei Jahren entlassen. Dann Hebamme; Heirat. Der Mann kam schwer mit ihr aus; sie duldete z. B. nicht, daß er bei der Arbeit singe. Unbegründete Sympathien und Antipathien. 38 Jahre alt wieder leichte Katatonie von sechs Monaten Dauer. Seitdem wieder acht Jahre draußen arbeitend, aber nicht mehr als Hebamme.

Kaufmann. 20. Jahr Kopfweh. 21. Jahr innere Angst. Idee geisteskrank zu werden. Abulie; arbeitete aber tadellos. Besserung. 22. Jahr gleiche Symptome wie früher, nur stärker; nun arbeitsunfähig.

Gußputzer. In Jünglingsjahren Beinverletzungen; als man ihn elektrisierte, meinte er, das fahre ihm aufs Herz. 28. Jahr Anfälle von Beklemmung zur Zeit der Heirat. „Geistig immer gesund." Seit 35. Jahr nach Influenza immer Kopfweh. 46. Präkordialangst in Anfällen, Schlaflosigkeit, Geistesabwesenheit, Unverträglichkeit, stummes Brüten; Verfolgungs- und Kleinheitswahn, Suizidversuch. Anstalt. Besserung.

Seidenweber. Intelligent. 15. Jahr religiös, Größenwahn. 20. Jahr katatonische Tobsucht, gebessert. 27. Jahr Blödsinn konstatiert. 29.—31. Katatonie. Bis

[1]) Die mit Benommenheit verbundenen Syndrome habe ich, seit ich sie von den anderen abtrenne, nur in nicht zahlreichen schlimm ausgehenden Fällen gesehen.

55. Jahr fleißiger stiller Weber, der die Eltern und sich selbst erhielt. 55. Selbstkastration; seitdem still in der Anstalt, mit einigen katatonen Symptomen, meist ein wenig arbeitend.

Kaufmannsfrau. 29. Jahr Leberleiden, Verstimmung, hysteriforme Krämpfe; seitdem bei jeder Periode bös, verstimmt; zeitweise Trunksucht. 35. Jahr Verfolgungswahn; nach einigen Monaten Anstaltsaufenthalt „geheilt", blieb aber aufbrausend. 37.—40. Jahr allmähliche Entwicklung von immer blöderem halluzinatorischem Paranoid.

Haushälterin. Auffallend religiös. Nach der Pubertät mehrmonatliche Melancholie; eine Stimme flüsterte ihr, was sie in einem Briefe schreiben sollte. Dann 10 Jahre lang das „Ideal einer Magd", sehr anhänglich, verträglich, gewissenhaft. Dann mehrere Jahre dauernder manischer Zustand mit blöden, religiös-erotischen Wahnideen. Später wieder in Stellung.

Fabrikarbeiterin. Kurz nach erster Menstruation einige Wochen manisch. Dann gesund, nur reizbar, zurückgezogen, fühlte sich verspottet, lachte vor sich hin. 21. Jahr blöder manischer Wahnsinn; geheilt entlassen. Bis 33 gesund. Dann verwirrter religiöser Wahnsinn; wieder geheilt; hielt aber nicht mehr an den Stellen aus. Nach zirka fünf Jahren allmähliche Ausbildung einer halluzinatorischen Verwirrtheit, aufgeregt, auch in der Anstalt nicht mehr arbeitsfähig.

Bauer. 25. Jahr Schlaflosigkeit. 28. Dämmerzustand, einige Monate; Heilung über Nacht. „Gesund" bis 30. Jahr, nur am Leichenbegängnis eines suizidierten Nachbars einen Tag aufgeregt. Wenn er die frühere Geliebte sah, je einen Tag stumpf, mutistisch, abstinierte. 31. schrieb ihm die Geliebte einen Brief; darauf plötzliche schwere deprimierte Katatonie. Nach fast einem Jahre Besserung. Arbeitsfähig entlassen. Ein Jahr später Suizid.

Bauernknecht. Mit 20 Jahren Idee, ein großes Vermögen zu erben; trinkt; macht Neologismen. Mit 49 Jahren unmotivierter Wutanfall, in dem er alles zusammenschlägt. Irrenanstalt. Nach einigen Wochen arbeitsfähig entlassen.

Vorzüglicher Schüler. Vom 16. Jahr an mit jedem Jahr schlechter, ungleich. Dennoch gute Maturität mit 19 Jahren; infolge einer Gonorrhöe aufgeregte Depression. Wieder besser, verlangte aber einen Beruf mit körperlicher Arbeit. Bald darauf schwere Katatonie, definitive Verblödung.

Frau. Im 10. Lebensjahr in die Irrenanstalt. Mit 20. Jahr „verrückt" infolge eines Notzuchtattentates, dann anscheinend gesund. Mit 71 Jahren wieder in die Anstalt (Bertschinger 295).

Frau. Nach der Pubertät depressive Katatonie. Galt dann als gesund. Heiratete, hatte Kinder. Dann in den Siebzigerjahren melancholisch-schizophrener Anfall.

Arzt. Mit 29 Jahren Zerebralneurasthenie. 31jährig nach Typhus Katatonie. 47jährig geheilt; bald Wiederaufnahme der Praxis, Heirat. Seit zwei Jahren gesund. (Schäfer, Monatschr., 22 Ergh. 72).

Bei allen Verlaufsarten können zu jeder Zeit Exazerbationen auftreten, sei es, daß der chronische Zustand sich verschlimmert, sei es, daß akzessorische Symptome auftreten oder auch, daß akute Episoden irgend einer Art sich einstellen. Solche Verschlimmerungen können von innen heraus kommen, aber auch durch physische Einwirkungen, wie eine Alkoholintoxikation, und vor allem durch langsam oder schockartig wirkende psychische Ursachen ausgelöst werden.

Sind die Verschlimmerungen Wiederholungen akuter Zwischenfälle, oder treten sie nach weitgehenden Remissionen auf, so nennen wir sie Rezidive. Diese kopieren häufig die früheren Anfälle mehr oder weniger, können aber auch einen neuen Charakter annehmen.

Ist einmal ein relativ stabiler Zustand erreicht, so sind die Schübe nicht mehr häufig. Bei etwa 200 Kranken der Pflegeanstalt Rheinau, die meist schon beim Eintritt viele Jahre Krankheit hinter sich hatten, fand ich nach 10 Jahren wenig mehr als ein Dutzend, die sich wesentlich verschlimmert hatten.

Bei dem Material unserer Anstalten sind aber volle Stillstände, wie mir scheint, doch nicht so häufig. Wenn man auch meist nichts von einem Fortschritt der Verblödung bemerkt, solange man im täglichen Kontakt mit seinen Kranken ist, so fällt doch eine Verschlimmerung gewöhnlich auf, wenn man sie wieder mustert, nachdem man sie viele Jahre nicht mehr beobachtet hat. Auch draußen macht sich dieses Fortschreiten der Krankheit bemerkbar. Die meisten Patienten unserer Pflegeanstalt sind erst im vierten oder fünften Dezennium, also lange nach ihrer Erkrankung eingebracht worden. Das muß seine Gründe auch in der allmählichen Zunahme der asozialen Eigenschaften haben, nicht nur in den äußern Umständen (daß die Umgebung ihrer überdrüssig wird, daß die Eltern wegsterben usw.). Der Ausgang eines einzelnen Anfalles oder Anstaltsaufenthaltes ist also in keiner Weise gleichwertig mit dem Ausgang der Krankheit. Andererseits ist es sicher, daß von den leichteren Fällen, die draußen ihren Unterhalt verdienen, ein großer Teil sich auch in Jahrzehnten nicht verschlimmert.

Wirkliche Stillstände können zu jeder Zeit eintreten, sind aber natürlich in chronischen Zuständen nicht so auffallend wie in akuten. Bilden sich während eines Stillstandes gar eine Anzahl von Symptomen zurück, so zählen wir sie zu den Remissionen[1]).

Besondere Beachtung verdienen die gar nicht seltenen ganz plötzlichen Remissionen mitten in akuten Anfällen, namentlich in solchen mit dem Charakter des Wahnsinnes oder der Katatonie: dem Laien können solche Kranke dann ganz normal erscheinen. Bei genauerem Zusehen findet man aber eine merkwürdige Indifferenz wenigstens gegen das im Anfall Geschehene.

Ein Dienstmädchen fängt beim Aufwaschen plötzlich zu toben an, zerschlägt das Geschirr, macht großen Lärm. Als endlich Hilfe kommt, findet man die Kranke ganz ruhig und besonnen mit Aufräumen beschäftigt; sie begreift aber nicht, daß man soviel Aufsehens davon macht. Nach einem halben Tage beginnt das Toben von neuem und hält dann viele Wochen lang an. — Einer unserer verwirrt aufgeregten Katatoniker hatte sehr oft solche Akalmien, die man dazu benutzte, ihn zu nähren.

Momentane Remissionen treten auch etwa im späteren Verlauf ein; sie können auch da einige Stunden dauern oder so lange, daß sie in eigentliche Besserungen übergehen, wenn auch die plötzlichen Heilungen eher einen baldigen Rückfall erwarten lassen als die langsameren.

Definitive oder vorübergehende Besserungen kommen teils spontan vor, teils im Anschluß an eine psychische Einwirkung, eine Versetzung, eine Entlassung, einen Besuch, einen Wickel, ja nach einer Chloroformnarkose (Näcke und Steinitz)[2]). Sie sind wohl in chronischen Zuständen bedeutend seltener als in akuten, fehlen aber auch da nicht.

---

[1]) Andere nennen sie auch Intermissionen und Heilungen.

[2]) Ich selbst habe sehr viele Chloroformnarkosen ausgeführt, ohne einen solchen Effekt.

Für die chronisch aufgeregten Fälle gilt es als Regel, daß sie nach Jahren ruhiger werden. Dieser Prozeß vollzieht sich auf die verschiedensten Arten. Viele werden insofern wirklich besser, als sie weniger halluzinieren und weniger Wahnideen bilden. Bei anderen allerdings ist die Beruhigung zugleich eine Verblödung, indem die Kranken nicht mehr die Konsequenz besitzen, nach ihren Ideen zu handeln. Die Affekte, die an die krankhaften Erscheinungen geknüpft sind, verblassen auf verschiedene Weise, zum Teil wohl wie bei Gesunden, indem man sich eben an die Unannehmlichkeiten gewöhnt, aber auch, indem sie einfach abgespalten werden. So können sich manche Patienten nach Jahr und Tag wieder mit der Wirklichkeit einigermaßen abfinden; sie werden sogar gelegentlich außerhalb der Anstalt wieder erwerbsfähig, ohne daß intellektuell eine Besserung wahrzunehmen wäre.

* * *

Über den qualitativen Verlauf der schizophrenen Symptomatologie ist zurzeit nur folgendes zu sagen: Obgleich in keinem Falle das Hinzukommen und Verschwinden beliebiger Symptome auszuschließen ist, behalten doch die meisten Kranken während des ganzen Verlaufs ihren Typus ungefähr bei. Der Katatoniker hat katatone Symptome sowohl im akuten wie im chronischen Zustande; beim Paranoiden sind die Halluzinationen und Wahnideen beständig im Vordergrund; die akuten Zustände bevorzugen die affektiven und dämmerigen Störungen.

Aber Wechsel nach allen Richtungen sind nicht selten. Katatone oder paranoide Symptome können verschwinden, so daß eine anfängliche Katatonie oder ein Paranoid später einer einfachen Hebephrenie gleicht. Oder hebephrene Aufregungen irgendwelcher Art werden oft in späteren Wiederholungen mit katatonen Symptomen gemischt[1]). Überhaupt zeigen sich oft ausgesprochene Verschlimmerungen durch (chronische) katatone Symptome an. Leider sind wir noch lange nicht imstande, alle diese Fälle zum voraus zu erkennen.

Oft allerdings handelt es sich bei solchen Übergängen von einer Gruppe in die andere nur um einen Wechsel des Grades. In Remissionen sehen ja die Fälle aller drei Gruppen einander ähnlich, indem nur noch die allgemeinsten Symptome zu konstatieren sind; der „geheilte“ Katatoniker hat natürlich nicht mehr manifeste katatone Symptome als der Hebephrene. Umgekehrt gibt es viele leichte Katatonien, deren Symptome so wenig ausgesprochen sind, daß wir sie dem Paranoid zuzählen, bis Verschlimmerungen uns eines Besseren belehren. Immerhin haben die meisten dieser letzteren Fälle von Anfang an etwas besonders Steifes, psychisch und physisch weniger Bewegliches als die eigentlichen Paranoiden, so daß man die weitere Entwicklung zum voraus wenigstens vermuten kann.

B. Der Beginn.

Der Beginn der Schizophrenie ist gewöhnlich ein schleichender, obgleich die Verwandten meist zunächst ein akutes Einsetzen behaupten. Zwar kann

[1]) Beispielsweise ist eine unserer Kranken, die nur fünf Jahre im Burghölzli war, als Hebephrenie aufgenommen, als Paranoide geführt, als Katatonie in die Pflegeanstalt entlassen, und alle drei „Diagnosen“ waren ganz berechtigt.

geradezu von einer Minute auf die andere ein halluzinatorischer oder katatonischer Zustand ausbrechen; eine Patientin Kahlbaums wurde beim Einkauf in einem Bäckerladen plötzlich kataleptisch. Hat man aber eine gute Anamnese, so vermißt man nur ganz ausnahmweise vorhergehende Zeichen der Krankheit, seien es nervöse Symptome oder Charakterveränderungen oder direkt schizophrene Erscheinungen. Charakterveränderungen sind allerdings schwer zu deuten, wenn sie nicht in der ausgesprochenen Richtung der Krankheit geschehen sind, oder wenn nicht die spätere Krankheit direkt aus diesem Charakter herauswächst. Wenn z. B. ein Mädchen, das während der ganzen Schulzeit neben hervorragenden Leistungen in der Musik nur mittelmäßigen Lerneifer gezeigt hat, sich gleich nach der Pubertät mit einem enormen Eifer in alles hineinstürzt, was allgemeine Bildung heißt, und überhaupt eine an ihm früher nicht gekannte Energie entwickelt, bis ein ganz plötzliches katatones Delir die Verblödung einleitet, so ist es unmöglich zu sagen, ob die Veränderung schon der Krankheit angehörte.

Noch häufiger macht die Unterscheidung des schizophrenen Charakters von originären Sonderbarkeiten unüberwindliche Schwierigkeiten. Immerhin gibt es eine Charakteranomalie, die sich wohl bei mehr als der Hälfte der späteren Schizophrenen anamnestisch nachweisen läßt: die Neigung zu Zurückgezogenheit, verbunden mit einem höheren oder geringeren Grade von Reizbarkeit, so daß die Kinder schon sehr frühe auffielen, weil sie nicht mit den anderen spielten und dafür ihre besonderen Wege gingen. Da es sicher ist, daß viele Schizophrenien als solche in die Jugend zurückgehen, und da viele manifeste Krankheiten als einfache Steigerungen des schon bestehenden Charakters erscheinen, ist es mir wahrscheinlich, daß diese autistischen Charakterabnormitäten in der Regel die ersten Symptome selbst, nicht bloß Ausdruck der Disposition waren. Oft findet man denn auch außerdem intellektuelle Eigentümlichkeiten, die die Kameraden veranlassen, den Schizophreniekandidaten schon sehr früh als „verrückt" zu bezeichnen. Von den zehn späteren Schizophrenen, die ich in der Schulzeit kannte, war keiner wie die anderen Knaben.

Sieht man ab von diesen Auffälligkeiten des Charakters, so ist der Beginn der Krankheit dann leicht zu erkennen, wenn ihn eigentlich schizophrene oder wenigstens psychotische Erscheinungen markieren. Oft aber kann auch ein Geübter in den ersten Jahren bei der genauesten Sprechstundenuntersuchung keine spezifischen Symptome konstatieren. Daß die Verwandten in der Regel die ersten Zeichen einer Geisteskrankheit nicht sehen oder nicht sehen wollen, ist etwas Gewöhnliches und macht die Diagnose in der Sprechstunde oft geradezu unmöglich.

Wenn wir also von Initialsymptomen der Schizophrenie reden, so müssen wir uns im folgenden auf die ersten Symptome, die aufgefallen sind, beschränken; zu oft kennen wir die wirklich zuerst auftretenden Erscheinungen gar nicht[1]).

Soweit wir wissen, können alle Symptome die Szene eröffnen.

[1]) Von „Prodromen" sprechen wir nicht. Man kann Prodrome eines akuten Anfalles und interkurrenter Erscheinungen überhaupt abtrennen von dem ausgebildeten Anfall, wenn man will. — Prodrome einer Krankheit aber kann ich mir nicht denken. Was so bezeichnet wird, sind erste Symptome, die man noch nicht richtig zu deuten weiß.

Kahlbaum meinte im Anschluß an ältere Ideen, daß die Katatonie in der Regel mit einer Melancholie beginne. In seinen 22 Krankengeschichten finden wir aber etwas, was man als Melancholie deuten kann, nur neunmal. Er sagt zwar (S. 29): „Während es selbstverständlich ist, daß in diesem Zyklus von drei Hauptphasen die Melancholie die erste ansteigende Entwicklungsstufe einnimmt und die Manie die Akme bildet, könnte es fraglich sein, welche Stelle die Attonität einzunehmen hat.“ Das „selbstverständlich“ zeigt auf grelle Weise, wie eine vorgefaßte Meinung auch diesem Bahnbrecher der Psychiatrie den Blick trüben konnte.

Die eigentliche Intelligenzstörung wird recht selten von der Umgebung bemerkt, obgleich sie oft schon weit vorgeschritten ist, wenn der Kranke in die Anstalt kommt. Ganz „verrückte“ Handlungen mitten im normalen Benehmen fallen viel mehr auf, werden aber gerne wieder vergessen, wenn der Patient nicht bald schwerer erkrankt.

Ein junger Soldat sollte bei der Grenzbesetzung dem Major sein Gewehr zur Inspektion zeigen; er nahm eine drohende Haltung an mit den Worten: „Vivant je ne lâcherai pas mon fusil“. Erst sechs Jahre später wurde die querulierende Schizophrenie manifest (Yennacopoulos).

Charakteranomalien, die nach der Pubertät die Krankheit einleiten, können die verschiedensten Seiten des schizophrenen Charakters hervorheben. Namentlich Unbeständigkeit und Reizbarkeit gehen oft ernsteren Symptomen viele Jahre lang voraus. Auch solche Erscheinungen können vorübergehen oder z. B. mit der Menstruation periodisch kommen und verschwinden.

Neben den Charakteranomalien sind die hysterischen und neurasthenischen Symptome wohl die häufigsten Vorläufer der ausgesprochenen Geisteskrankheit. Viele Schizophrene, namentlich junge Mädchen, wandern jahrelang mit diesen Diagnosen von Arzt zu Arzt. Die auch hier nicht seltenen Besserungen scheinen dann die Annahme einer Neurose zu bestätigen.

Schott (666) beschreibt einen solchen Fall, zu dem Neisser (Mendels Jahresber. 1905, 1041) bemerkt: „Es ist sehr interessant, an Hand der Krankengeschichte zu verfolgen, wie allmählich die geordneten und ihrer Beschaffenheit nach nicht besonders auffälligen Beschwerden einen immer mehr seltsamen, bizarren, psychotischen Charakter annehmen und das Verhalten des Patienten immer starrer, eigenwilliger und negativistischer wurde.“ In solchen Fällen muß man annehmen, daß nicht der Neurasthenische später schizophren geworden sei, ebensowenig, daß die Neurasthenie in die letztere Krankheit „übergegangen“ sei, sondern, daß die Schizophrenie im Beginn nur neurasthenische Symptome im Vordergrund gehabt habe.

Diese Leute führen manchmal jahrelang einen verzweifelten Kampf mit ihrer Krankheit, bevor sie von der affektiven Lähmung oder einem halluzinatorischen Zustand überwältigt werden. Schüler z. B. fühlen sich unfähig zum geistigen Arbeiten. Sie zwingen sich nächtelang dazu, versuchen alle möglichen Mittel, nächtliche Spaziergänge, Tee, Turnen und was ihnen in den Sinn kommt. Man hält dann ihre Sonderbarkeiten für jugendliche Launen, während die Kranken schwer unter ihrem Zustande leiden.

Unter den gewöhnlichen neurasthenischen Symptomen ist am häufigsten das Kopfweh, das sich allerdings meist recht launisch verhält, aber weniger deutlich als bei der Hysterie unter psychischem Einfluß steht. Daneben gibt es wohl kein neurasthenisches Symptom, das nicht bei der Schizophrenie vorkommen

könnte, so namentlich die Ermüdungserscheinungen bei geistiger und körperlicher Arbeit, die Unmöglichkeit zu denken, die noch unangenehm empfunden wird.

Häufig wird in der Vorgeschichte über aufregende Träume geklagt, die die Kranken noch im Wachen verfolgen.

Nicht ganz mit Recht zählt man auch die Zwangsideen und Zwangsimpulse, die oft jahrelang den anderen Erscheinungen vorausgehen, hierher; sie sind ja ebenso oft schizophrenen wie neurasthenischen Ursprungs.

Die affektiven Grundsymptome treten sehr häufig gleich von Anfang an in den Vordergrund, indem die Patienten immer gleichgültiger erscheinen. Die davon prinzipiell verschiedenen manischen und melancholischen Verstimmungen eröffnen gar nicht so oft die Szene, wie der Begriff der sekundären Psychosen erwarten ließe. Doch finden sich chronische und akute Depressionen wohl etwas häufiger am Anfang der ausgesprochenen Krankheit als andere Syndrome.

Die katatonen Erscheinungen können chronisch oder noch viel häufiger in Verbindung mit einer akuten Katatonie das erste sein, was in die Augen fällt, während paranoide Symptome oft von den Patienten jahrelang geschickt verborgen werden, bis irgend ein Zufall sie manifest macht.

Wenn die körperlichen Symptome zunächst allein auftreten, so ist es erst ex post möglich, sie in Zusammenhang mit der Psychose zu bringen. Alle Arten von Anfällen (Ohnmachten, Krämpfe) kommen mitten in anscheinender Gesundheit vor. Wahrscheinlich sind diese letzteren Syndrome aber viel häufiger im Verlauf der ausgebrochenen Psychose als in den Zeiten der sonstigen Latenz.

C. Der Ausgang.

a) Der Tod.

Die Schizophrenie als solche führt kaum in 1% aller Aufnahmen zum Tode: Direkt durch Hirndruck infolge von Hirnschwellung oder Vermehrung des Liquor cerebrospinalis, durch Stoffwechselstörungen (inkl. autotoxische Zustände) und durch Hirnlähmung in katatonen respektive epileptiformen Anfällen. All das ist häufiger in akuten Stadien als in chronischen.

Letaler Ausgang als indirekte Folge der Psychose ist häufiger: Nahrungsverweigerung, Verletzungen aus Absicht oder Unachtsamkeit[1]), Selbstmord, Phthise[2]) und andere Krankheiten infolge von unhygienischer Lebensweise. So ist die Mortilität der Schizophrenie etwas höher als die der umgebenden Bevölkerung. Bei den Patienten der Pflegeanstalt Rheinau verhalten sich beide Zahlen wie 6·8 : 5·0[3]).

---

1) In chronischen Fällen scheint die Neigung zu Wundinfektionen meist auffallend gering. Bei akuten, namentlich bei Verwirrtheitszuständen, kann sie gesteigert sein.

2) Bei uns starben nicht mehr Schizophrene an Phthise als in der umgebenden Bevölkerung. Nach manchen Autoren scheint die Krankheit eine besonders häufige Komplikation der Dementia praecox zu sein.

3) Kerner, Mortalität der Dementia praecox. Psych.-neur. Wochenschr., 1910/11.

b) Grad der Verblödung. Heilungsmöglichkeit.

Um sich über den Ausgang der am Leben bleibenden Fälle unmißverständlich ausdrücken zu können, ist Klarheit über den Begriff der „Heilung" notwendig. Kraepelin entläßt einen Teil seiner Patienten „geheilt"; er weiß aber, daß sich gewöhnlich doch noch Überreste der Krankheit nachweisen lassen. Aschaffenburg, der damals die nämlichen Patienten wie Kraepelin gesehen hatte, nannte keinen Fall geheilt.

Zunächst sind praktische[1]) und theoretische Ausheilung zwei ganz verschiedene Dinge. Wer sich wieder draußen selbständig bewegen kann, der ist in gewissem Sinne geheilt. Solche Leute können aber eine Menge von Sonderbarkeiten und Empfindlichkeiten aus der Krankheit ins Leben hinausgenommen haben. Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus darf man sie dann nicht geheilt nennen; denn ein klarer Begriff der Heilung verlangt eine Restitutio ad integrum respektive den status quo ante[2]).

Sobald man nicht ausschließlich die Rückkehr auf den früheren Zustand als Heilung bezeichnet, hängt es ganz von der Willkür ab, bei welchem Grad und welcher Zahl restierender Symptome man die Heilung annehmen wolle; und wenn man die soziale Restitution als Maßstab nimmt, so sprechen Faktoren mit, die außerhalb des Patienten liegen, indem ein Bauernknecht auch mit einem ziemlichen Defekt noch handlungs- und erwerbsfähig sein mag, während eine ganz kleine psychische Narbe einen Großkaufmann oder Bankier unfähig machen kann, seinem Geschäft vorzustehen. Auch der Grad der Empfindlichkeit der Angehörigen müßte unter Umständen die Frage, ob geheilt oder nicht, entscheiden. Ein solcher Begriff der Heilung ist kein pathologisch brauchbarer. Die soziale Heilung umfaßt neben den wirklichen Heilungen, wenn es solche gibt, einen großen Teil der Besserungen.

Aber auch der theoretisch klare Begriff der Heilung im Sinne der Wiedergewinnung des früheren Zustandes macht uns Schwierigkeiten. Der Anfall, der den Kranken in die Anstalt führt, ist meist gar nicht der wirkliche Beginn der Krankheit; diese hat schleichend schon längst begonnen; man hat ihre Schatten aber als Charaktereigentümlichkeiten verkannt. Es braucht nun nicht jeder schizophrene Dämmerzustand eine Verschlimmerung nach sich zu ziehen; eine Restitution auf den Zustand vor dem Anfall ist also gar nicht so selten. Damit ist aber die Krankheit, die den Patienten vorher schon zu einem menschenscheuen Sonderling oder einem reizbaren Instabeln gemacht hat, nicht geheilt. Den Zustand vor dem wirklichen Beginn der Krankheit als Maßstab zu nehmen, ist recht oft unmöglich, weil die Schizophrenie schleichend zur Zeit der schnellsten psychischen Umbildung oder gar in der Kindheit begonnen hat. Da stehen wir wieder vor der schwierigen Frage: Was ist Charaktereigentümlichkeit und was ist schizophrenes Symptom?

Im einzelnen Fall ist die Konstatierung der Heilung abhängig vom psychologischen Geschick und vor allem von der Zeit, die der Psychiater zur Verfügung hat, um den entlassungsfähigen Kranken zu beobachten und zu untersuchen. Gesundheit kann man nicht direkt diagnostizieren; man supponiert sie, wenn man trotz genauem Suchen keine Krankheitszeichen findet. Wer keine Zeit hat, seine Patienten genau zu untersuchen, findet viele geheilte, die ein anderer als gebessert ansehen würde.

---

1) „Soziale Heilungen" nach E. Meyer.

2) Ich weiß wohl, daß die Heilungen einer Wunde eine Narbe hinterlassen, und daß man auch von einer geheilten Amputation spricht. Die Narbe, die die Funktion stört, rechnen wir aber als einen Defekt, und die „geheilte Amputation" setzt einen Begriff voraus, den wir in der Psychopathologie als „Heilung mit Defekt" besonders abgrenzen.

Nach meinen Erfahrungen muß ich mich durchaus auf die Seite Aschaffenburgs und Ilbergs stellen. Ich habe keinen Schizophrenen entlassen, bei dem ich nicht noch deutliche Zeichen der Krankheit sehen konnte, und es sind nur ganz wenige, bei denen man diese Zeichen eigentlich suchen mußte. Auch die spätere Untersuchung Entlassener, die ja den Umständen gemäß nur eine kurze sein kann, hat uns nie volle Restitution ergeben. Ja, ich muß hinzufügen, daß die Berichte, die wir uns wo immer möglich von Pfarrämtern und Verwandten nach einiger Zeit geben lassen, nur ganz ausnahmsweise von wirklicher Heilung sprechen, obschon die Mehrzahl der Entlassenen arbeitsfähig ist. Noch nie habe ich gesehen, daß von anderer Seite „geheilt" Entlassene wirklich geheilt gewesen wären.

Niemals darf man sich hier auf die Urteile von Laien verlassen, die keine Symptome gefunden haben. Wie Strohmayer zu der Täuschung gekommen ist, Gemütsverblödungen werden auch von einfachen Leuten prompt angegeben, kann ich nicht verstehen. Ich habe vor längerer Zeit in zwei gebildeten und intelligenten Familien die Diagnose der Schizophrenie verfehlt, weil ich den Angehörigen geglaubt hatte, daß die Patientinnen noch sehr feinfühlig seien. Die eine hat dann einige Tage später in aller Ruhe ihren Mann erschießen wollen, und ihre Gefühle gegen das eine der Kinder waren meist vollständig Null, gelegentlich auch negativ. Da kann man es verstehen, wenn ein Mann aus dem Volke seine Frau für gesund erklärt, die nicht spricht, nicht spontan ißt und in Unreinlichkeit im Bette liegt. Dieser Erfahrung Aschaffenburgs könnte ich recht ähnliche an die Seite stellen.

Ich kenne Schizophrene, die nach der Erkrankung ein kompliziertes Geschäft in die Höhe gebracht haben; ich kenne einen, der nach zwei katatonen Dämmerzuständen von zirka sieben Jahren Intervall noch fähig ist, zu dozieren, selbständig wissenschaftlich zu arbeiten und den Weltruf in seinem Fache aufrecht zu erhalten. Einer unserer Katatoniker hat später als Dichter verdiente Bedeutung erlangt. Schreber ist nach dem ersten Anfall Senatspräsident geworden. Ein heboidophrener Kranker von Hess (301) ist Universitätsprofessor. Schumann (der Komponist) und Scheffel waren Schizophrene. In den 13 Jahren, in denen ich prüfe, mußte ich mehrere Schizophrene durchs Staatsexamen gehen lassen, zum Teil sogar mit guten Noten. Diese Beispiele mögen zeigen, daß wir unsere Augen den günstigen Fällen nicht verschließen.

Es gibt sogar Patienten, die nach einem akuten Schub besser als vorher erscheinen. Die Einschränkung der Interessen kann Schizophrene zu regelmäßig gehenden Arbeitsmaschinen machen. Ehegatten, die keine gemütlichen Bedürfnisse haben, finden dann und wann einmal einen solchen stillen Lebensgefährten ganz ideal. In zwei Fällen schienen die „Geheilten" sogar lebhafter, geistig angeregter als vorher. Einem etwas beschränkten Mädchen aus guter Familie, das ganz in Abhängigkeit von der Mutter gelebt hatte, half die Katatonie zu größerer Selbständigkeit und damit zu Freude am Leben und Handeln. Ein gebildeter Herr redete gern von seiner überstandenen Krankheit, und es schien, wie wenn er seine Komplexe, die ihn vorher als einen autistischen Sonderling erscheinen ließen, abreagiert hätte und nun wieder auflebte; er war gemütlicher, zugänglicher[1]). Ein anderer Kranker war immer

[1]) Obschon er wieder in Amt und Würden stand, meinte er, eine Schlange sei experimenti causa von seinem Arzt in sein Zimmer geschickt worden.

sehr verschlossen und finster. Nach der schweren melancholischen Katatonie in den Dreißigerjahren konnte er wenigstens bei Gelegenheit lachen[1]).

Ein vielbesprochenes Kriterium der Heilung ist die Krankheitseinsicht. Leute, die selber von ihren Wahnideen, von ihrem Verhalten während des Anfalles als von krankhaften Erscheinungen sprechen, die begreifen, daß man sie so und so behandeln mußte, und gar noch dem Arzt oder der Anstalt dankbar sind, werden nicht ohne Grund leicht als geheilt angesehen, während das Gegenteil ein ziemlich sicheres Zeichen fortbestehender Krankheit ist. Nun haben aber manche Schizophrene schon während der Exazerbationen ein lebhaftes Krankheitsgefühl; nur suchen sie die Krankheit nicht immer da, wo der Beobachter sie sieht. Sie konstatieren z. B. selbst den schlimmen Zustand ihrer „Nerven", den Unsinn gewisser Handlungen; beides waren aber nach ihnen begreifliche Reaktionen auf Reizungen durch die Umgebung. Gelegentlich macht auch ein schizophrener Arzt an sich die richtige Diagnose. Diese Leute haben natürlich zum größten Teil auch in der Remission ihre „Einsicht", die aber oft ganz wertlos ist. Auch wirkliche Einsicht ist oft noch deutlich krankhaft; es ist, wie wenn nur ein Teil der Psyche das richtige Verständnis hätte. Von korrigierten Wahnideen z. B. reden die Kranken oft, wie wenn es jemand anders anginge; es fehlt die Verbindung der krankhaften Erlebnisse mit ihrem jetzigen Ich. Dieses Verhältnis wird namentlich deutlich, wenn man solche Fälle geheilten Melancholikern gegenüberstellen kann; hier ein freies Aussprechen mit der Reproduktion der Gefühlsmomente; dort ein mühsames Hervorholen der Erlebnisse, die mit einigen Phrasen als wahnhaft bezeichnet werden und von einem Affekt begleitet sind, der gar nicht der Situation des von dem Wahn Erlösten entspricht. Der oben erwähnte, „durch die Krankheit gebesserte" Herr sprach von seinem akuten Anfall wie von einem besonders gelungenen Erlebnis. Es handelt sich um eine „kalte, intellektuelle" Einsicht (Jung), die das Gemütsleben des Kranken sehr wenig oder gar nicht beeinflußt, und wir haben auch oben gesehen, daß wir kaum je eine volle Korrektur schizophrener Wahnideen konstatieren können.

So sprechen wir nicht von Heilungen, sondern von weitgehenden Besserungen und unterscheiden diese von den schweren Verblödungen (in denen der Patient sozial ganz unmöglich ist) und von den leichten Verblödungen, die die übrigen Fälle zwischen diesen Extremen zusammenfassen sollen.

Wenn wir Zahlen für diese Kategorien geben, so müssen wir davor warnen, ihnen einen zu großen Wert beizulegen. Nicht nur der doch etwas subjektive Maßstab setzt ihre Bedeutung herab, sondern noch mehr der Umstand, daß in erster Linie die Aufnahms- und Entlassungsverhältnisse einer Anstalt für die Durchschnittsprognose der Krankheit maßgebend sind. Hat man z. B. lange Expektantenlisten, so kommen viel weniger der leichten, d. h. günstigsten Fälle zur Aufnahme, als da, wo Platz für jede Anmeldung ist. Die Zahlen gelten also nicht für die Schizophrenie als solche, sondern für die in einer bestimmten Anstalt aufgenommenen Schizophrenen. Die sehr zahlreichen Patienten, die nie in eine Anstalt kommen und die Gesamtprognose natürlich ganz wesentlich verbessern würden, entgehen den Zählungen ganz.

Als Maßstab der Schwere der Verblödung nehme ich die Leistungsfähigkeit im Erwerb oder die Möglichkeit, sich außerhalb einer Anstalt selbständig zu halten. Die verdienstfähigen nenne ich „leicht demente", die sozial ganz un-

[1]) Wille verzeichnet sechs Fälle, wo die Krankheit scheinbar günstig gewirkt hatte.

tüchtigen „schwer demente" und die nicht in diese Rubriken passenden Zwischenformen „mittel demente". Dieser Maßstab ist zwar abhängig vom Berufe des Patienten und verschiedenen äußeren Umständen, doch macht er eine gewisse Verständigung möglich. So ergibt sich aus 515 Fällen des Burghölzli (1898 bis 1905):

Nach dem ersten Anfall sind

leicht dement	mittel dement	schwer dement
307 (60%)	92 (18%)	116 (22%)

Natürlich verschlechtert sich das Resultat mit der Zeit noch erheblich, doch werden von denen mit einer guten Remission wenige durch eine spätere Exazerbation dauernd anstaltsbedürftig.

Die Gesamtprognose der einzelnen Gruppen variiert in folgender Weise:

Kraepelin gibt für die Hebephrenie 8% so weitgehender Besserungen an, „daß man vielleicht von Genesung zu sprechen berechtigt ist," während 17% auf der Stufe des mäßigen Schwachsinnes stehen bleiben. Bei der Katatonie rechnet er 13% anscheinende Heilungen, während weitere 20% so lang dauernde „Nachlässe" aufweisen, daß sie den Genesenen gleichen. Bei dem Paranoid verzeichnet der Autor nur „in einer kleineren Anzahl von Fällen" eine weitgehende Besserung.

Zablocka hat an unserem Material gefunden:

Gruppen	Demenz		
	leicht	mittel	schwer
	in Prozenten		
Paranoid	65	16	19
Katatonie	57	13	30
Hebephrenie	58	22	20

Es erscheint selbstverständlich, daß das Paranoid, das die Arbeitsfähigkeit am wenigsten stört, unter dem angeführten Gesichtspunkt die beste Prognose hat. Daß die Hebephrenie nicht mehr Aussichten bietet, liegt zum Teil in der Art ihrer Abgrenzung, die auf die Verblödung besonderes Gewicht legt, zum Teil in dem Umstande, daß die leichten Fälle gar nicht in die Anstalten kommen, dann aber auch darin, daß die Hebephrenie viel mehr in einem Alter ausbricht, da der Mensch seine sozialen Fähigkeiten noch nicht ausgebildet hat. Das letztere trifft auch für die Katatonie zu, die dazu noch als Ausdruck des intensivsten Krankheitsprozesses das Gehirn am meisten schädigen muß. Immerhin ist bemerkenswert, wie klein diese Unterschiede sind.

Daß aber noch viel wichtigere Faktoren, als wir sie oben genannt haben, das Verhältnis von Krankheitsform und Ausgang bestimmen helfen, ergibt sich aus dem auffallenden Unterschied in den Geschlechtern:

Gruppen	Leicht dement		Mittel dement		Schwer dement	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
	in Prozenten					
Paranoid	78	51	6	27	16	22
Katatonie	54	59	9	18	38	23
Hebephrenie	56	61	22	20	21	19

Vielleicht, daß die Verschiedenheit der Arbeitsverhältnisse und der Versorgungsbedürftigkeit bei den beiden Geschlechtern mitsprechen.

Die Geschlechtsunterschiede im Ausgang der Katatonie erinnern uns daran, daß Frauen mehr zu katatonen Symptomen neigen als Männer; sie kommen also wohl bei ihnen in leichteren Fällen vor. Nimmt man alle Fälle einerseits mit und anderseits ohne katatone Symptome, gleichgültig zu welcher Gruppe sie gezählt sind, so bleibt der Unterschied ähnlich.

	Leicht dement		Mittel dement		Schwer dement	
	mit kat. Symptomen	ohne kat. Symptome	mit kat. Symptomen	ohne kat. Symptome	mit kat. Symptomen	ohne kat. Symptome
	in Prozenten					
Männer . . .	56	67	12	17	32	16
Frauen . . .	58	57	20	22	22	21
Total	57	63	17	19	26	18

Zu erwähnen ist hier noch eine Gruppe von Paranoiden, die zwar in bezug auf die Wahnideen und Halluzinationen keine gute Prognose haben, aber insofern leichter sind, als sie die Haltung nicht verlieren, soweit die Wahnideen es erlauben, und nicht eigentlich verblöden; sie werden nicht sprachverwirrt, in ihrem Benehmen nicht autistisch, behalten den Kontakt mit der Umgebung, kurz sie sind sehr ähnlich den Paranoikern. Auch ihre Wahnideen werden nicht so unsinnig. Sie bekommen keine katatonen Symptome; manische und depressive Anfälle fehlen fast immer; dagegen können halluzinatorische Verwirrtheiten vorkommen. Viele dieser Kranken sind dauernd oder außerhalb der akuteren Schübe arbeitsfähig, wenn sie auch selten lange an einem Platze bleiben können. Leider sehen sie in den ersten Jahren für unsere Augen vielen später verblödenden Formen vollkommen gleich, so daß wir sie zur Zeit weder theoretisch noch praktisch von den anderen abgrenzen können. Es handelt sich meist um nach dem 30. Jahre Erkrankte; ich möchte hierher den Kraepelinschen präsenilen Beeinträchtigungswahn zählen. Doch können auch Pubertätspsychosen diesen Verlauf haben.

Eine andere Form mit besonderer Prognose ist die Dementia paranoides, die aber auch keine Grenzen gegen andere Erscheinungsweisen der Schizophrenie hat.

Die Krankheitssymptome des Beginnes haben bis jetzt noch keine Korrelation mit der Schwere des Ausganges auffinden lassen (Zablocka, Bleuler).

Dagegen ist die Art des Anfalles, der den Patienten in die Anstalt bringt, nicht gleichgültig für eine Durchschnittsberechnung der Schwere des Ausganges. In der Natur der Krankheit wird es liegen, daß die Patienten mit ganz akuten Anfällen zwar sehr große Chancen haben, nur leicht zu verblöden, daß sie aber, wenn die Krankheit in einem solchen Falle Fortschritte macht, die Neigung haben, dann auch recht weit zu gehen. Wir zählen hierzu die Kranken mit manisch-depressiven Syndromen, die entweder relativ gute Zwischenzeiten haben oder dann zu den blödesten Kranken der Pflegeanstalten gehören.

Im übrigen haben die sichtbaren Zusammenhänge zwischen Aufnahmestatus und Schwere des Ausganges außerhalb der Krankheit liegende Gründe: die akuten Syndrome machen am ehesten Anstaltsbehandlung nötig, sei der erreichte Dauerzustand schwer oder leicht. Die Chronischen, vor allem die einfach Blödsinnigen, kommen erst, wenn der Verblödungsgrad es nötig macht, sind also von vornherein eine Auslese schwer Kranker. Deshalb entlassen wir z. B. unter den manisch Eintretenden 83%, unter den Dementen nur 33% in arbeitsfähigem Zustande.

Ob die Akuität des Krankheitsfalles einen Zusammenhang mit der Schwere des Endzustandes hat, können wir an dem einseitigen Anstaltsmaterial gar nicht prüfen, ganz abgesehen davon, daß ein akutes Syndrom und ein Schub zwei verschiedene, aber nicht immer auseinander zu haltende Dinge sind.

Einen Einfluß des Alters können wir nur insofern konstatieren, als diejenigen Formen, die trotz starker Wahnideen die Haltung nicht verlieren, etwas häufiger nach dem 30. Jahre manifest werden[1]).

Der Kräftezustand zur Zeit der Erkrankung scheint trotz der mitgezählten Amentiafälle anderer Schulen für unsere Frage irrelevant zu sein. Auch von den anderen körperlichen Symptomen der Krankheit selbst läßt sich zurzeit nichts anderes sagen; nur die Pupillendifferenz hat bei unserem kleinen Material eine etwas verschlechterte Durchschnittsprognose.

In bezug auf den Intelligenzzustand können wir nur sagen, daß natürlich diejenigen Kranken, bei denen sich die Schizophrenie zu einer angeborenen Geistesschwäche summiert, ceteris paribus leichter in den Anstalten hängen bleiben als intelligent angelegte. Eine größere Widerstandsfähigkeit ist weder bei den Schwachsinnigen noch bei den Intelligenten nachgewiesen.

Dagegen haben an unserem Material die abnormen Charaktere mehr schlimme Ausgänge als andere. Die Beobachtung läßt sich aber so lange nicht deuten, als man unter diesem Titel verschiedenartige Abweichungen vom Typus, und darunter ja auch latente Schizophrene, begreift.

Wir hatten erwartet, daß die Veranlassungen insofern einen gewissen Zusammenhang mit der Prognose haben, als Erkrankungen, die durch einen psychischen Schock veranlaßt scheinen, sich eher ausgleichen könnten, da ja z. B. die Dämmerzustände fast immer auf den früheren Stand zurückgehen.

---

[1]) Nach Herzer haben die Erkrankungen älterer Personen bessere Prognose (vgl. auch Lugaro).

Unsere Zahlen zeigen aber für den derzeitigen Begriff der körperlichen wie der psychischen Ursachen keine Zusammenhänge mit dem Ausgang.

Besonderer Erwähnung verdient aber, daß die nicht seltenen Schizophrenen, die sekundär durch Alkoholismus in die Anstalt kommen, keine ganz schlechten Aussichten bieten. Ihre Neigung, sich abzusondern, schützt sie vor Versuchungen, ihr Autismus macht sie den Verführungen und Neckereien der Gesellschaft gegenüber weniger empfindlich.

Neigung zu Rezidiven läßt sich dann erkennen, wenn man den manisch-depressiven Typus der Krankheit feststellen kann. Im übrigen gibt die Untersuchung aller bis jetzt in Betracht gezogenen Verhältnisse bei den Rezidivisten ganz gleiche Zahlen wie bei den Nichtrezidivierenden.

D. Die Endzustände.

Da die schweren Schizophrenien wohl nie ganz stillestehen, und man bei den leichteren vor einer Verschlimmerung nie sicher sein kann, ist der übliche Ausdruck „Endzustände" cum grano salis zu verstehen. Die Mehrzahl der Endstadien entzieht sich unserer Beobachtung. Die Leute leben draußen, gelten als gesund, zum Teil aber als launisch, eigensinnig, schrullenhaft, verschroben, dumm usw. Manche haben nur das Niveau ihrer Leistungen und ihrer Ansprüche an die Welt herabgesetzt. Der Oberlehrer vegetiert in einer Privatschule, der Jurist schreibt auf irgend einem Bureau, der zum Techniker bestimmte Lehrling ist Handlanger, der hoffnungsvolle Gymnasiast bringt sich als Gärtnergehilfe durch, der Mechaniker hilft seiner Frau beim Nähen. Viele sind an Posten, die keine Selbständigkeit verlangen, ausgezeichnete, peinlich genaue Arbeiter. Auf einer tieferen Stufe werden die Kranken Gelegenheitsarbeiter, Vaganten, Gewohnheitsverbrecher in meist kleineren Delikten und Übertretungen.

Was in den Anstalten hängen bleibt, zeigt die nämlichen Charaktere; diese sind aber ausgesprochener, und es sind gewöhnlich akzessorische Symptome hinzugetreten, die den Kranken ein freies Leben unmöglich machten: die katatonen Erscheinungen, unter denen namentlich der Negativismus in den Anstalten so häufig wie unangenehm ist, dann die Wahnideen und die Halluzinationen mit ihren Aufregungen und ihren sekundären Konflikten mit der Umgebung.

Auch diese schweren Endzustände zeigen eine unendliche Menge von Variationen, die für unsere Kenntnisse untereinander nicht abgrenzbar sind. Die beste Schilderung auch der Ausgänge hat Kraepelin gegeben, indem er neun Typen heraushob:

1. „Heilung."
2. „Heilung mit Defekt," d. h. Besserungen (wohl der häufigste Ausgang).
3. Einfache Verblödung.
4. Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit. Das Bild hat sich nach einer einleitenden Depression ziemlich schnell entwickelt und bleibt dann lange Zeit unverändert. Wahnideen fehlen nie, Sinnestäuschungen sind wenigstens im Anfang vorhanden[1]). Nach langer Zeit kann auch diese Form noch in einfachen Blödsinn übergehen. Sie ist nicht gerade häufig.

[1]) Der Verlauf hält sich gar nicht immer an das Schema Kraepelins (Depression, dann rasche Entwicklung der Sprachverwirrtheit, dann längerer Stillstand).

5. Weit häufiger ist der Ausgang in halluzinatorischen Schwachsinn. Die Sinnestäuschungen und Wahnideen bleiben in ganz einförmiger Weise bestehen, häufig mit periodischen Verschlimmerungen, gewinnen jedoch keinen weiteren Einfluß auf das Denken und Handeln, die Kranken bleiben dauernd besonnen und in der Hauptsache geordnet in ihrem Benehmen.

6. In einer kleinen Zahl von Fällen schreitet die Wahnbildung dauernd fort, ohne daß die schweren Formen der Verblödung erreicht werden. Die Wahnideen werden langsam weiter entwickelt, allerdings allmählich immer zerfahrener. Ausnahmslos handelt es sich um körperlichen Beeinflussungswahn, vielfach daneben um Größenwahn. Für diese Formen würde nach Kraepelin der Name der halluzinatorischen Verrücktheit am besten zutreffen.

7. Dementia paranoides (vgl. oben S. 191).

8. Faselige Verblödung. „Sie ist neben den Erscheinungen der tiefgreifenden psychischen Schwäche beherrscht durch Krankheitsreste, die etwa denen der katatonischen Erregung entsprechen.“ Bei den manirierten Formen tritt die Verschrobenheit in Form von Manieren und Bewegungsstereotypien in den Vordergrund, bei den erregten neben einförmigem Bewegungsdrange besonders die Impulsivität. Gemeinsam ist beiden Gestaltungen die Verworrenheit der sprachlichen Äußerungen und die Zerfahrenheit des Handelns.

9. Die umfangreichste Form ist die stumpfe Verblödung. Neben hochgradiger Abstumpfung begegnen wir da den Resten des Negativismus oder der Befehlsautomatie. „Dadurch wird einerseits scheue, starre Unzugänglichkeit, andererseits jene dumpfe, gedankenlose Willenlosigkeit erzeugt, die den großen Pflegeabteilungen ihr eigenartiges Gepräge gibt. Manche dieser Kranken können noch ganz brauchbare mechanische Arbeiter sein.“

„Die beiden letztgenannten Formen der Verblödung dürften selbständige Ausgänge darstellen, nicht aber Abschnitte desselben Krankheitsverlaufes. Mir scheint wenigstens, daß sie nicht ineinander übergehen, sondern, wenn einmal ausgebildet, bis an das Lebensende wesentlich unverändert fortbestehen“ (Kraepelin). Daß die beiden Zustände beim nämlichen Kranken nicht miteinander abwechseln, glaube auch ich konstatieren zu können. Dagegen gibt es so viele Übergänge in den Erscheinungsformen des höchsten Blödsinnes, daß ich noch nicht von der Richtigkeit von Kraepelins Ansicht überzeugt bin.

Die Vererbbarkeit.

Über das Individuum hinaus ist bis jetzt der Verlauf der Krankheit respektive der Anlage nicht verfolgt worden. Die Hereditätsforschungen gehen immer vom Patienten aus rückwärts. Es wäre aber eine sehr dankbare Arbeit, einmal das Schicksal der Nachkommen unserer Kranken zu verfolgen. Die von Wolfsohn untersuchten 647 Kranken hatten zur Zeit des Anstaltseintrittes 404 Kinder, von denen 10% mit geistigen und nervösen Krankheiten behaftet waren: 11 litten an Imbezillität, 11 an „Geisteskrankheiten“, 14 an Nervosität, 2 an Epilepsie, 1 war taubstumm und 1 hatte Suizid begangen. Die meisten Kinder waren natürlich noch nicht über das Alter hinaus, in dem Schizophrenie auftritt. Sollten sich diese Zahlen an größerem Material bestätigen, so würden sie sehr zum Aufsehen mahnen.

IV. Abschnitt.

Kombinationen der Schizophrenie mit anderen Psychosen.

---

a) Die Schizophrenie kann auf dem Boden der angeborenen Geistesschwäche entstehen (Pfropfhebephrenie). Es summieren sich dann die Symptome beider Krankheiten, wenn es auch recht vieler Geduld von seiten des Arztes wie des Patienten bedarf, alle Erscheinungen der einen oder andern Krankheit zuzuteilen. Bei einzelnen Symptomen ist das manchmal überhaupt nicht möglich. So kann beim (angeborenen) höheren Blödsinn eine Unschärfe der Begriffe bestehen, die sich bis jetzt in nichts unterscheiden läßt von der Begriffsunklarheit bei der Schizophrenie.

Im übrigen zeigen die Fälle nichts, was man nicht von vornherein vermuten könnte; schwere und leichte Formen kommen nebeneinander vor.

Wie bei den anderen Formen von Idiotie kommt die Schizophrenie auch bei Kretinismus vor, sei dieser total oder bloß körperlich. Die Krankheit zeigt dann ebenfalls keine Eigentümlichkeit, die sich nicht von selbst verstünde.

b) Von den organischen Gehirnkrankheiten komplizieren die verschiedenen Formen der Altersatrophie des Gehirns sehr oft die Schizophrenie; immerhin ist es nicht die Regel, daß bei unserem Bestand an alt gewordenen Schizophrenen die Dementia senilis in ausgesprochener Weise auftrete. Auch bei dieser Komplikation summieren sich die Symptome beider Krankheiten in deutlicher Weise. Störungen des Gedächtnisses für frische Eindrücke, der Orientierung, der Auffassung kommen zum schizophrenen Blödsinn hinzu. Die Energie der Wahnideen und des Handelns, wenn sie überhaupt noch vorhanden war, nimmt ab. Die Halluzinationen brauchen nicht zu verschwinden; manchmal treten aber senile halluzinatorische Delirien auf. Auffallend ist nur das Verhalten der Affekte. In manchen Fällen ist allerdings bei dem doppelten Blödsinn nicht mehr viel aus den Kranken herauszubringen; sie vegetieren unbekümmert um die Umgebung dahin. Manchmal aber löst die organische Psychose die Affekte, die Kranken werden wieder zugänglicher, „gemütlicher".

Es gibt außerdem Fälle von langsam verlaufendem Altersblödsinn, die ganz gleichmäßig bis zum Ende katatone Symptome haben, meist gepaart mit irgend einer Art Aufregung. Da ist eine Patientin, die dauernd wie eine Schizo-

phrene verbigeriert, Lärm macht, unrein ist und nie sich recht um die Umgebung kümmert. Eine andere ist zunächst „melancholisch", aber in einer auffallend starren Weise, was das Gefühl betrifft, und eintönig, arm in allen Äußerungen. Sie hat automatischen Selbstmordtrieb, auch nachdem der Affekt sich erschöpft zu haben scheint; drängt mit Gewalt hinaus, sobald eine Türe aufgeht, wispert beständig stereotypierte Reste früherer Klagen vor sich hin. Eine dritte leicht Deprimierte zeigt neben dem oberflächlichen Affekt ganz unmotivierten Stimmungswechsel und karikierte hysteriforme Symptome. Eine vierte drängt beständig aus den Türen, ist immer in Bewegung, hat eine eigentümliche Art Negativismus, der dem Nihilismus gleicht, indem die Kranke im Reden alles negativ ausdrückt. Eine affektive Wechselbeziehung zu ihr ist nicht möglich. Bei allen Fällen ist die Orientierung erhalten. Das Gedächtnis ist jahrelang nicht deutlich gestört. Man macht gleich von Anfang an die Diagnose der Dementia senilis, weiß aber nicht recht warum, und doch gibt ihr die Nekroskopie recht. Die jetzige Erkrankung fällt in die Fünfziger- oder Sechzigerjahre. Vorher waren alle diese Leute nicht ganz wie andere, aber man kann eine Schizophrenie nicht in allen Fällen sicher herausfragen. Es ist nicht unmöglich, daß es sich auch hier immer um latente Schizophrenien handelt, die erst durch die beginnende Hirnatrophie manifest werden. Eine genauere Analyse, die Klarheit verschaffen könnte, ist uns bei den widerstrebenden Kranken noch nie gelungen.

In Verbindung mit der Dementia senilis oder auch ohne dieselbe können natürlich infolge von Apoplexien und Erweichungen Herderscheinungen auftreten. Von diesen haben bloß die aphasischen Störungen ein gewisses Interesse, insofern als sie Mutismus vortäuschen können, und namentlich als die Paraphasie die schizophrene Sprachstörung komplizieren kann. Die beiden Symptome lassen sich aber bei genauerem Zusehen leicht unterscheiden.

Die Komplikation mit Hirntumoren (und anderen lokalen Hirnerkrankungen) verlangt ein besonderes Studium, zu dem allerdings das Material noch gar nicht vorhanden ist. Hirntumoren sind zuweilen von katatonen Symptomen begleitet. Finden wir nun bei einer klinischen Katatonie später Tumorsymptome, so ist bis jetzt nicht zu entscheiden, ob es sich um eine Katatonie handelt, die durch einen Hirntumor kompliziert ist, oder um einen primären Hirntumor, der katatone Symptome macht. In den Fällen allerdings, wo der Verlauf der Psychose dem des Tumors (z. B. viele Jahre bestehende Schizophrenie bei rasch wachsendem Gliom) nicht entspricht, weiß man, woran man sich zu halten hat.

Viel schon hat man nach Kombinationen der nun als Schizophrenie zusammengefaßten Psychosen mit Paralyse gesucht, und als Raritäten eine Anzahl von Fällen gefunden (Joffroy et Gombault). Die Frage, wie die Seltenheit dieser Komplikation zu erklären ist, wird bis jetzt nur mit Vermutungen beantwortet (die Paralyse sei „die Krankheit des gesunden Hirns"). Ich kann dem nichts hinzufügen, als daß vielleicht auch die Syphilis bei unseren Kranken nicht häufig ist. Ich kann mich wenigstens aus 27jähriger Irrenpraxis nicht erinnern, einen syphilitischen Schizophrenen gesehen zu haben (Auterotismus!), weiß allerdings auch, daß man in neuester Zeit andernorts solche gefunden hat.

Wie sich die Kombination von Paralyse und Schizophrenie symptomatologisch gestaltet, ist aus der Literatur nicht zu ersehen. Ich selber habe nur einen einzigen Fall genauer beobachtet[1]), und da war auffällig, wie die Patientin rasch herunter-

kam, obschon man sich noch in einigen gemütlichen Rapport mit ihr setzen konnte. Sie war zu keiner Arbeit zu bewegen, hatte die Hände beständig im Mund, wurde unreinlich, ohne daß Lähmungen oder katatoner Zustand das genügend erklärt hätte. Das Wartpersonal schloß aus mangelnder Orientierung und schlechtem Gedächtnis auf Paralyse. Ärztliche Untersuchungen, bei denen sich die Patientin zusammennahm, konnten keinen Defekt des Gedächtnisses und der Orientierung nachweisen; auch die körperlichen Symptome der Paralyse waren zu wenig ausgesprochen, um die Diagnose zu machen. Dafür waren die Komplexe so im Vordergrund, wie bei einer Schizophrenie. Tod an Marasmus nach 3 Jahren Anstaltsaufenthalt. Die Sektion ergab eine beginnende, aber unzweifelhafte Paralyse, und die nachträgliche genauer eingeholte Anamnese eine sicher mehr als zehn Jahre zurückdatierende Schizophrenie.

Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker. Wohl 10% unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene. Die Eigentümlichkeiten dieser Kombination sind im folgenden Kapitel geschildert.

In diesen Fällen ist der Alkoholismus wohl als Symptom der Schizophrenie aufzufassen. Daß die letztere erst nachträglich bei einem Alkoholiker aufgetreten wäre, habe ich noch nicht gesehen.

Kombinationen der Schizophrenie mit Melancholie und Manie respektive manisch-depressivem Irresein sind bis jetzt nicht sicher nachzuweisen. Manische und melancholische Symptome sind bei unseren Kranken so gewöhnlich, daß wir annehmen müssen, sie werden meist durch den Krankheitsprozeß ausgelöst, gehören also der Schizophrenie an. Bei den von Anfang an paranoiden Fällen ist aber die eigentlich melancholische Depression nicht häufig und die Manie so selten, daß man sie als Rarität registriert. Da könnte man schon eher an eine Komplikation denken. Und diejenigen Fälle, die nach dem Schema des zyklischen Irreseins oder doch mit einer gewissen regelmäßigen Periodizität verlaufen, werden wohl zu einem großen Teil Mischformen des manisch-depressiven Irreseins mit der Schizophrenie sein, eventuell manisch-depressive Anfälle, die bei entsprechender Disposition durch die Schizophrenie ausgelöst werden. Man wird ganz besonders zu dieser Annahme geneigt sein, wenn die Verblödung nach einer Anzahl recht heftiger Erkrankungen immer noch wenig angedeutet bleibt, was allerdings selten ist. In manchen Fällen erhöht die Konstatierung manisch-depressiver Heredität die Wahrscheinlichkeit. Da aber alle manisch-depressiven Symptome auch bei der Schizophrenie vorkommen können, werden nach unseren jetzigen Kenntnissen die Krankheitsbilder durch diese Komplikationen nicht auffällig alteriert.

Noch schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob es eine Kombination der Schizophrenie mit Epilepsie gebe.

Da epileptische Anfälle bei Schizophrenie etwas Häufiges sind, darf man nicht gleich an eine Komplikation beider Krankheiten denken, wenn auch die frühere Literatur die Komplikation der „Paranoia mit Epilepsie" besonders berücksichtigte. Seit uns eingehendere Methoden der Diagnostik zur Verfügung stehen, habe ich keinen Fall mehr gesehen, bei dem eine solche Komplikation in Frage kam. Ich muß es also weiteren Studien überlassen, die Existenz und eventuell die Symptomatologie solcher Fälle zu untersuchen. Eine diagnostische

[1]) Die Diagnose dieser Kombination konnte ich nicht so selten machen.

Schwierigkeit macht der Umstand, daß die schizophrene Gefühlssperrung und die epileptisehe Gefühlsüberschwänglichkeit sieh bis zu einem gewissen Grad kompensieren können (Morawitz).

Prinzipiell nieht beantwortbar ist die Frage, ob sieh die Schizophrenie mit Hysterie kombinieren könne, so lange als wir nur die sekundären Symptome und nieht den Grundprozeß beider Krankheiten kennen. Die schizophrene Gehirnveränderung ist ja eine der häufigsten disponierenden Ursachen hysterischer Symptome; daher die vielen hysterischen Paranoien und hysterisch-degenerativen Krankheiten mit beliebiger Hauptbezeichnung der Autoren. Wir brauehen also vorläufig nur daran festzuhalten, daß jedes hysterisehe Symptom auch auf dem Boden der Schizophrenie entstehen kann.

Das Nämliehe können wir von allem dem sagen, was man mit dem Worte Neurasthenie zu bezeichnen pflegt (inklusive Zwangsideen usw.).

Ebensowenig kann man von einer Kombination von Paranoia und Sehizophrenie spreehen, weil eben die positiven Symptome der Paranoia aueh bei der letzteren Krankheit vorkommen können, so daß wir vorläufig die Wahnbildungen ohne schizophrene Symptome paranoisch, die anderen schizophren nennen müssen.

Zu erwähnen haben wir noch die Fieberdelirien. Jeder Psychiater hat Fälle von Schizophrenie gesehen, in denen Fieberdelirien alteriert waren durch Hinzukommen sehizophrener, namentlich katatoner Symptome. Nun sieht man aber auch zuweilen katatone Zeichen, namentlieh Katalepsie und Verbigeration, bei Fieberdeliranten, bei denen vor- und nachher keine Sehizophrenie naehzuweisen ist. Man hat jedesmal den Eindruek, diese Symptome gehören zum Fieberdelirium. Doeh muß man sieh daran erinnern, daß fieberhafte Krankheiten oft erst eine Sehizophrenie manifest maehen oder gar hervorrufen; sollte es nieht aueh denkbar sein, daß eine latente Katatonie sich einmal nur in einem Fieberdelir zu erkennen gäbe?

V. Abschnitt.

Der Krankheitsbegriff.

Die Dementia praecox umfaßt die Mehrzahl der bisher als funktionell bezeichneten Psychosen. In dem Begriffe liegt eine besondere Art der systematischen Auffassung der Geisteskrankheiten. Es ist deshalb nicht möglich, ihn zu besprechen ohne ausgiebige Rücksichtnahme auf andere Krankheitsbegriffe.

Vor Kraepelin unterschied man in dieser großen Gruppe von Psychosen nur Zustandsbilder oder Symptomenkomplexe. Die Dementia praecox will eine Krankheit im Kahlbaumschen Sinne sein. Sie ist etwas prinzipiell anderes als ein „akuter halluzinatorischer Wahnsinn", eine „Manie" und „Melancholie" (im vorkraepelinischen Sinne), eine „akute Paranoia", eine „Amentia" der Wiener Schule. Man kann nicht fragen, ob ein Fall zur akuten Paranoia oder zur Schizophrenie gehöre (das eine schließt das andere nicht aus), ebensowenig wie es eine Frage gibt, ob eine Krankheit mit Ödemen eine Hautwassersucht oder eine Nephritis sei. Nicht nur die Namen, sondern auch die Begriffe der Hautwassersucht (der alten Autoren), der akuten Paranoia, der Verwirrtheit, sind nach dem dem jeweiligen Beobachter auffallendsten Symptom gebildet worden. Eine wirkliche Umgrenzung solcher Krankheitsbilder ist deshalb unmöglich. Neben Symptomen, wie Verwirrtheit oder paranoischer Intelligenzstörung, finden sich in jedem Falle noch andere Erscheinungen in wechselnder Menge und Stärke. Werden solche „Nebensymptome" besonders deutlich, oder tritt das „Kardinalsymptom" etwas zurück, so wird die Benennung unsicher, und der Begriff verfliegt oder muß für den gegebenen Fall willkürlich begrenzt werden. Eine solche Änderung des Bildes kann schon eintreten beim nämlichen Patienten, der eben noch als typischer Fall gegolten hatte, noch viel häufiger aber bei vielen ähnlichen Krankheitsfällen, die sich in eine kontinuierliche Reihe ordnen lassen, deren erste Glieder beispielsweise der Melancholia simplex, weitere der Melancholia hallucinatoria, und deren Endglieder der akuten halluzinatorischen Paranoia angehören, ohne daß irgendwo eine Grenze aufzufinden wäre. Als man die Hautwassersucht für eine Krankheit hielt, wußte man sich bei Verschiebung des Bildes leicht zu helfen: es kam eben eine Bauchwassersucht und eine Brustwassersucht und eine Herzwassersucht zu der ursprünglichen Krankheit hinzu. Bei den Psychosen erscheint das Krankheits-

bild doch zu einheitlich, als daß man solche Additionen häufig vorgenommen hätte; dafür läßt man die eine Krankheit sich in die andere umbilden[1]). Der extremste Repräsentant dieser Auffassung ist Wernicke; wenn ein neuer Symptomenkomplex in den Vordergrund tritt, hat er eine andere Krankheit vor sich; die Motilitätspsychose von heute ist morgen eine Paranoia.

Ganz anders bei den Begriffen der Nephritis, der Paralyse, der Dementia ex atrophia cerebri: das Bild kann wechseln wie es will, es kann dort ein urämischer Anfall, eine Herzschwäche, eine Retinitis, hier die manische Trias, der „Blödsinn", die Lähmung, die Remission im Vordergrunde sein, wir ändern weder die Benennung noch den Begriff der Krankheit. Die Möglichkeit des Eintretens solcher Symptome war mit der Diagnose gegeben.

Auf anderen Gebieten der Medizin hat man nicht mehr viele symptomatologische Krankheitsbegriffe stehen gelassen, und da, wo man sie noch nicht ersetzen konnte, braucht man sie nur mit dem Bewußtsein, daß man es mit einer vorläufigen Formulierung, nicht mit einer Diagnose zu tun hat. In der Psychiatrie muß man noch für solche selbstverständliche Auffassungen kämpfen. Man liebt es zwar, die Paralyse als Muster eines klaren Begriffes anzuführen, sie steht aber in direktem Gegensatze zu den symptomatologischen Krankheitsbegriffen.

Wir haben nun den Nachweis zu leisten, 1. daß die anderen Diagnosen, unter denen die Kraepelinsche Dementia praecox sonst untergebracht wird, keine wirklichen Krankheitsbegriffe repräsentieren, und

2. daß der Begriff der Dementia praecox etwas Besseres, einen eigentlichen Krankheitsbegriff an die Stelle der Zustandsbilder setzt und zugleich, daß dieser Begriff dem entspricht, was wir beobachten können.

Daß Begriffe, wie Verwirrtheit, akute Paranoia, akutes halluzinatorisches Irresein, Confusion mentale sowie Manie und Melancholie im älteren, jetzt noch in Frankreich und England gebräuchlichen Sinne keine „Krankheiten" bezeichnen, sollte eigentlich jedem klar sein, der Geisteskranke gesehen hat. Ich kann mich also auf wenige Punkte beschränken; es würde viel zu lang, wollte ich von diesen Begriffen alles Böse sagen, das ich eigentlich sagen sollte; und ich wäre der Aufgabe auch aus dem Grunde nicht gewachsen, weil ich mich einfach nicht in diejenigen hineindenken kann, die jemals hinter diesen Namen einen Krankheitsbegriff zu sehen glaubten.

Zunächst das Formelle: Eine Begriffsbildung nach einer einzelnen auffallenden Eigenschaft hat immer etwas Unbestimmtes und Willkürliches an sich. Was der eine für das Wichtige ansieht, beachtet der andere möglicherweise kaum. Bei älteren Schizophrenen hat bis vor wenigen Jahren ungefähr die eine Hälfte der Psychiater die Demenz, die andere die Wahnideen und Halluzinationen im Vordergrunde gesehen. Ja es kommt gar nicht so selten vor, daß der eine ein Symptom überhaupt nicht konstatiert, das dem andern zunächst in die Augen springt; oder der eine sieht einen Stupor, wo der andere von Stupor nichts wissen will, weil er einen engern Begriff mit diesem Namen verbindet; oder der eine meint gar, Halluzinationen direkt zu beobachten, wo der andere an ihrer Existenz zweifelt, weil der Patient keine Auskunft gibt,

[1]) Dem sehr gewagten Begriff der Umbildung konnte man nicht wohl ausweichen. Nasse beschrieb sogar Umbildungen einer Psychose in eine andere, die im Verlauf einiger Stunden eintraten.

und man das auf Halluzinationen Gedeutete auch aus anderen Grunderscheinungen erklären kann.

Und nun inhaltlich: Ein Symptom, ein psychisches, wie ein körperliches (Schmerz, Anasarka), ist nie eine Krankheit; ein Symptomkomplex ist es ebensowenig. Es wäre auch ein großer Zufall, wenn einmal irgendein psychisches oder sonstiges Syndrom einer wirklichen Krankheit entsprechen würde, d. h. notwendig im Vordergrunde jedes einzelnen Falles dieser Krankheit sein müßte, ohne bei anderen Krankheiten vorzukommen. Hat man ein Symptom oder einen Symptomenkomplex bei seinen Kranken gefunden, so ist damit die Systematik, die Bildung des Krankheitsbegriffes nicht am Ende, sondern am Anfang; jetzt erst hat man sich zu fragen: In was für Verbindungen mit anderen Symptomen und anatomischen Befunden, bei welchem Verlauf, nach welchen Ursachen kommt das Symptom vor? Eventuell: Auf was für eine Grundstörung ist es zurückzuführen? Und erst die Beantwortung dieser Fragen bringt uns den Krankheitsbegriff.

Die meisten der zur Abgrenzung der alten Pseudopsychosen verwerteten Symptome waren schon an sich ganz ungeeignet für eine solche Rolle. Halluzinationen z. B. gibt es bei allen Geisteskrankheiten, ja schon bei Gesunden. Ihr Vorkommen ist also nicht einmal brauchbar als Kriterium zur Abgrenzung von gesund und krank, geschweige denn zur Abgrenzung der einen Geisteskrankheit von der andern. Auch das quantitative Verhältnis derselben zu den anderen Krankheitserscheinungen könnte uns nichts sagen. Wir sehen ja z. B. Paralysen, Epilepsien, senile Verblödungen bald mit vielen Halluzinationen, bald ganz ohne solche verlaufen; es fällt uns aber nicht ein, deshalb den Krankheitsbildern in irgend einer Richtung eine andere Deutung zu geben. Wir sehen sogar in den verschiedenen Anfällen des nämlichen Manisch-Depressiven, die wir aus guten Gründen als gleichwertig betrachten, die Halluzinationen bald im Vordergrund, bald ganz fehlend. Wenn wir nun wie in der Schizophrenie Krankheitskomplexe, die in allen anderen Merkmalen der Symptomatologie, des Verlaufes usw. identisch sind, sich aber durch das Vorkommen von Halluzinationen unterscheiden, vor uns haben, so gibt uns das noch nicht das geringste Recht, diese Krankheitsbilder als etwas Besonderes aufzufassen.

Wichtiger wäre die Art der Halluzinationen. Man kann ein Delirium tremens mit Wahrscheinlichkeit, und wenn noch bestimmte Eigentümlichkeiten der Reaktionsweise hinzukommen, mit Sicherheit an der Kombination bestimmt gearteter Gesichtshalluzinationen mit Tasthalluzinationen erkennen; ebenso erlaubt die beschriebene Kombination von Halluzinationen des Gehörs und der Körperempfindungen die Diagnose der Schizophrenie — die Diagnose, aber nicht die Abgrenzung des Begriffes, denn die Halluzinationen können in sonst gleichwertigen Fällen ganz fehlen oder das Bild vollständig beherrschen; sie können im einen Falle während eines fünfzigjährigen Krankheitsverlaufes nur acht Tage lang zu konstatieren sein, im andern, ebensolange dauernden, nur vorübergehend fehlen; kurz, um aus ihnen etwas schließen zu können, müssen sie vorhanden sein; und die Diagnose stützen wir einfach auf die durch die Erfahrung gegebene Korrelation bestimmter Halluzinationen mit den anderen Symptomen der Schizophrenie. So hat aus guten Gründen niemand gewagt, den Begriff einer Krankheit auf die Art der Halluzinationen zu stützen.

Noch viel schlimmer steht es mit dem Begriffe der Verwirrtheit, der der Amentiaidee zugrunde liegt. Verwirrtheit ist ein Endsymptom, das durch die verschiedensten Störungen hervorgebracht wird, wenn sie nur hochgradig genug sind. So sind Manische, Epileptische, Hysterische, Delirierende, Katatonische gelegentlich verwirrt; die genauere Analyse zeigt aber, daß es sich trotzdem um ebenso viele ganz verschiedene und klinisch unterscheidbare Zustände handelt. Der Begründer des Amentiabegriffes hatte denn auch folgerichtig alle diese Zustände zusammengefaßt und damit seine Lehre ad absurdum geführt, d. h. er hat selber gezeigt, daß seine Voraussetzung unrichtig war, weil sie logischerweise zu falschen Konsequenzen führt. Auch die gereinigte Amentia der neueren Wiener Schule[1]) leidet noch unter dem prinzipiellen Fehler der ursprünglichen Abgrenzung. Wenn Stransky sich nun so hilft, daß er zur Amentia diejenigen Fälle von Verwirrtheit rechnet, die nicht zu einem andern Krankheitsbegriff gehören, so wäre das nur dann praktisch brauchbar, wenn wir die in Betracht kommenden anderen Krankheiten schon kannten und abgegrenzt hätten. Die Kraepelinsche Schule zählt aber die meisten seiner Fälle unbedenklich zur Dementia praecox. Würden wir also Stranskys Definition annehmen, so kämen wir gar nicht mehr als sonst in den Fall, Amentia zu diagnostizieren.

Auch der oft zur Differentialdiagnose verwertete Stupor ist dazu ganz ungeeignet. Alle Arten von Hemmungen und Sperrungen treten als Stupor in die Erscheinung, wenn sie nur recht hochgradig sind. Wichtig für die Kenntnis der Krankheit ist nur das ihm zugrunde liegende Primärsymptom, nicht aber das äußere Bild, der Stupor. Manischer, epileptischer, schizophrener Stupor, Stupor aus Schreck, alles das sind ganz verschiedene Dinge.

Für viele ist es von großer Bedeutung, ob die Störung bei einer Geisteskrankheit primär die Intelligenz oder die Affektivität betreffe. Neben anderen Schwierigkeiten machen aber zwei Umstände ein solches Kriterium ganz unbrauchbar: wir wissen gar nicht, ob es primäre Störungen des einen Gebietes gibt, die das andere frei lassen, und wir wissen noch viel weniger im konkreten Fall zu sagen, was primär und was sekundär ist. So zeigen sich bei der Affektpsychose „Manie" sogar Ideenflucht und gehobene Stimmung nicht als voneinander abhängig, sondern als Korrelationen (Beweis: die Mischzustände); so streitet man sich lebhaft, ob bei der „Verstandespsychose par excellence", der Paranoia, nicht doch die Gefühlsstörung das primäre sei. Es handelt sich also hier um ein Kriterium, das vielleicht gar nicht existiert, jedenfalls aber noch von niemandem nachgewiesen worden ist.

Einzelne legen sogar Gewicht auf das zeitliche Vorausgehen des einen Symptoms vor dem andern, so Ziehen, der in gewissen Fällen Manie annimmt, wenn zuerst die affektive Störung eingetreten ist, dagegen akute halluzinatorische Paranoia, wenn die Halluzinationen zuerst da waren (840, S. 338). Wer will diesen Unterschied konstatieren? Das von Ziehen (840, S. 207) empfohlene Ausfragen des Patienten scheint mir denn doch für viele Fälle zu unsicher.

Daß man mit solchen Kriterien nicht scharf abgrenzen kann, ist selbstverständlich; so gibt es bei den symptomatischen Diagnosen immer eine Menge Übergangsfälle und atypische Fälle. Die Annahme atypischer Krank-

[1]) Stransky, Pilcz.

heiten ist immer ein Testimonium irgend einer Schwäche. In der Natur ist nichts typisch und nichts atypisch; die „Forme fruste" hat ihre Existenzberechtigung so gut wie die als Typus angenommene. Wenn wir eine Krankheit als atypische bezeichnen, so heißt das, sie weicht ab von einer Norm, die wir aufgestellt haben. Wenn ein solches Abweichen vorkommt, so ist das ein Beweis, daß unsere Norm nicht alle Fälle umfaßt, die sie umfassen sollte; oder dann, daß wir zu Zwecken der Beschreibung eine bestimmte Gruppe von Fällen unter dem Namen der „typischen" herausgehoben haben, um dann die anderen Fälle als Abweichungen und Varietäten zu schildern. Letzteres Verfahren bietet oft große Vorteile; man darf aber die zu didaktischen Zwecken angenommene Begrenzung der Beschreibung nicht mit der Abgrenzung des Begriffes verwechseln. Wenn es eine Scarlatina sine exanthemate gibt, so umfaßt eben der Krankheitsbegriff der Scarlatina auch diese Form. Was typisch ist, läßt sich nur willkürlich bestimmen. Man vergleiche den Begriff der Vesania typica nach Kahlbaum oder gar nach Arndt (21; *a*) mit der Wirklichkeit und mit Cloustons Ausspruch: die typische Form der Geisteskrankheit ist das jugendliche Irresein, das in sekundäre Demenz übergeht.

Was nun die Übergänge[1]) betrifft, so kommen dieselben an manchen Orten in der Natur vor. Es gibt keine Grenze zwischen Höhenklima und Tiefenklima, keine zwischen ehrlich und schlecht, zwischen gesund und abnorm und keine zwischen den verschiedenen Arten „psychopathischer Persönlichkeiten" des Kraepelinschen Schemas. In diesen Fällen ist eben eine natürliche Einheit von uns künstlich zerlegt worden. Es ist zwar theoretisch die Möglichkeit zuzugeben, daß ein solches Verhältnis auch bei den Psychosen oder wenigstens bei den hier in Betracht kommenden Formen derselben bestehe: es könnte ja nur eine Geisteskrankheit geben; dann wären die Zustandsbilder, die wir abtrennen, künstliche Gebilde, und in der Natur gäbe es keine entsprechende Grenze. Diese Annahme ist wirklich vor einigen Jahrzehnten gemacht worden, und konsequente Anhänger der alten Diagnosen, wie Ziehen, halten die Idee der Übergänge wenigstens für die bei der Diagnose Dementia praecox in Frage kommenden Formen noch aufrecht. Es könnten ferner die Psychosen einfache Abweichungen von der Norm sein, die in den verschiedensten Richtungen und Graden vorkommen. So ist alles das, was Magnan unter seinen Degenerationsbegriff subsumiert, als Einheit gedacht; zwischen den einzelnen hieher gehörenden Krankheitsbildern gibt es nach dieser Auffassung keine Grenzen, so wenig wie zwischen den Verbrechern Kraepelins und seinen Pseudologen. Wir haben aber keine Anhaltspunkte dafür, daß eine dieser Annahmen für die Schizophrenie zutrifft. Im Gegenteil tendieren alle Autoren dahin, die Schizophrenien als eine Vergiftung oder ein ähnliches Novum für den Körper anzusehen; sie wären dann der Paralysegruppe ganz an die Seite zu stellen und dürften keine Übergänge zu anderen Krankheiten zeigen.

Es gibt auch sehr gute Gründe, solche Übergänge direkt auszuschließen; und wenn Pilcz (580, *a*, S. 205) in seinem Material mehr atypische als Schulfälle findet, so kann ich nicht verstehen, warum das nicht das Todesurteil seiner

[1]) Ziehens konvergierende Formen (848) müssen wir unberücksichtigt lassen.

Systematik sein soll. Wir wollen noch erwähnen, daß auch die Wiener Schule die Grenzen ihrer Amentia immer mehr verengert hat, und daß Pilcz selber seine sekundäre Demenz nicht von der Dementia praecox unterscheiden kann. Der Autor meint nun allerdings, daß verschiedene Prozesse zu der gleichen psychischen Narbe führen könnten; das ist nicht zu bestreiten; wenn aber die Endzustände von niemandem und die Anfangszustände nur von einer Schule abgegrenzt werden können, und auch von dieser nicht einmal scharf, und nicht einmal in der Hälfte der Fälle, dann liegt doch wirklich wenig Grund vor, solche „Krankheiten" als verschiedene anzusehen.

Mit diesen Bemerkungen kommen wir zur Praxis, die die bitterste Ironie auf die alten Einteilungsprinzipien darstellt. Unsere Literatur ist voll von Klagen über den chaotischen Zustand der Systematik der Psychosen, und jeder Psychiater weiß, daß man sich auf Grund der alten Diagnosen gar nicht genügend verständigen kann. Nicht einmal unter einander nahestehenden Klinikern ist eine Diskussion möglich, ohne daß jeder seinen besonderen systematischen Standpunkt skizziert[1]; Fürstners halluzinatorisches Irresein ist etwas ganz anderes als das Meynertsche; Schuele plädiert für Aufrechterhaltung der Kahlbaumschen Katatonie, rechnet aber die primäre Demenz dazu[2]; Fürstner behauptet, die Amentia habe man nie der Paranoia zugerechnet[3], während Wernicke umgekehrt meint, die Paranoia acuta sei in der „von Meynert so meisterhaft geschilderten Amentia" enthalten[4]. So können sich mit den alten Begriffen nicht einmal die Koryphäen der Wissenschaft verständigen, und viele Patienten tragen genau so viele Diagnosen mit sich herum, als sie Anstalten besucht haben. Selbstverständlich war auch jeder Verfasser eines Lehrbuches genötigt, sich vor allem eine Systematik zurechtzuschustern, denn diejenige seiner Vorgänger ist für seine Denk- und Beobachtungsweise unbrauchbar. Auch innerhalb der gleichen Schule ist dem einen schon eine Paranoia, was der andere noch eine Melancholie nennt. Die Zwischenformen, die atypischen Fälle muß man eben durch einen Gewaltspruch irgendwo unterbringen. Ereignisse wie das folgende sind etwas Gewöhnliches: In einer Anstalt trägt der große Topf die Aufschrift „Dementia". Nun kommt ein neuer Arzt und vergrößert den daneben stehenden mit der Etikette „Paranoia" versehenen Topf und packt dann behutsam einen um den andern der alten Insassen bei irgend einem Wahnideerudiment und steckt ihn in den neuen Topf —, und dabei meint er Fehler seines Vorgängers zu korrigieren.

Noch schöner charakterisiert es das Unfaßbare der alten Krankheitsbegriffe, wenn Cramer bei Anlaß der Differentialdiagnose des „degenerativen Irreseins" (140) den Rat geben muß: „Fälle, bei welchen unter Auftreten von stuporösen Erscheinungen rasch eine Verblödung eintritt, rechnet man am besten zur katatonischen Paranoia oder Katatonie im Sinne von Kraepelin". „Am besten." das sagt mehr als eine ganze Abhandlung[5].

Sehr oft hat man dem wirklichen Krankheitsbild dadurch gerecht zu werden versucht, daß man mehrere Krankheiten zu gleicher Zeit beim gleichen Patienten

---

1) Vgl. z. B. die Paranoiadiskussion im psychiatrischen Verein in Berlin vom 17. März 1894. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1895, S. 178.

2) Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1901, S. 705.

3) Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1894, S. 1081.

4) Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1899, S. 642. Was hat den beiden Autoren die „meisterhafte Schilderung" genutzt?

5) Im Sinne von Kraepelins Diagnosen gibt es kein „am besten", sondern nur ein „richtig" oder „falsch", ebenso wie man nicht gewisse Fieberkrankheiten „am besten" dem Typhus oder dann der akuten Miliartuberkulose zurechnet.

annahm; die Fälle wurden dadurch allerdings vollständiger beschrieben — aber richtiger untergebracht gewiß nicht. Die Kombinationen von verschiedenen Psychosen wuchsen überhaupt bei manchen Systematikern unheimlich an; denn eine unvollständige Diagnose konnte durch eine zweite und dritte ergänzt werden.

In neuerer Zeit konnten sich viele deutsche wie ausländische Autoren dem Einfluß des Dementia-praecox-Begriffes nicht entziehen. Sie nehmen eine Hebephrenie, eine Katatonie oder eine Dementia praecox an, geben aber dem Begriff einen geringeren Umfang, so daß daneben akute und chronische halluzinatorische Paranoia, Amentia, Confusion mentale doch noch vorkommen. Damit ist natürlich nichts gewonnen als ein neues symptomatologisches Bild, das man Krankheit nennt, und dann erst noch in mißverständlicher Weise mit dem gleichen Namen bezeichnet, wie den qualitativ und quantitav ganz verschiedenen Kraepelinschen Begriff. Es mag genügen, noch einen ausländischen Autor anzuführen: Anglade (16, S. 368) weiß zur Differentialdiagnose zwischen Confusion mentale und Dementia praecox nur anzugeben: Der Schizophrene versucht gar nicht zu antworten, der Konfuse hat mehr guten Willen, aber beide antworten ungenau, unzusammenhängend, absurd; der Konfuse ist physisch meist heruntergekommen, der Demente nicht; die Unterschiede ,,fühlt" man oft mehr, als daß man sie beschreiben könnte. — Um diese in Wirklichkeit gar nicht existierenden und — wenn sie existierten — kaum nachweisbaren Kriterien zu finden, mußte er zwei andere Autoritäten, Hannion und Chaslin, herbeiziehen. Was hat eine solche Systematik für einen Sinn?

Diesem Wirrwarr gegenüber hat die Aufstellung des Dementia-praecox-Begriffes Klarheit und Ordnung gebracht.

Die Kraepelinsche Dementia praecox[1]) ist ein wirklicher Krankheitsbegriff:

Er hat Symptome, die nur ihm zukommen und immer bei ihm vorhanden sind. Dadurch erhält die Krankheitsgruppe nach außen wirkliche Grenzen.

Die als akzessorisch bezeichneten Symptome sind unwesentlich, denn sie können auftreten und verschwinden, ohne daß die Krankheit ihr Wesen ändert.

Die verschiedenen unter dem Begriffe zusammengefaßten Krankheitsbilder dokumentieren sich auch darin als eine Einheit, daß sie nach unserem jetzigen Wissen beim nämlichen Patienten ineinander übergehen oder miteinander wechseln können, und daß sich keine Gruppe herausheben läßt, die nicht zu allen anderen Formen fließende Übergänge zeigte.

Die Aufstellung entspricht auch der Wirklichkeit, denn die Kriterien sind in concreto sehr leicht zu finden, und tatsächliche Widersprüche gegen die Konzeption hat meines Wissens noch niemand konstatiert.

* * *

Was für eine Art Einheit nun der Begriff der Dementia praecox repräsentiert, ist noch nicht klar. Wahrscheinlich enthält er eine oder einzelne wenige Krankheiten im engeren Sinne, die den größten Teil der Fälle enthalten, etwa so wie die syphilitische Paralyse den größten Teil aller Fälle von Dementia paralytica des vorigen Jahrhunderts umfaßt. Außerdem werden wahrscheinlich einige seltenere Krankheitsprozesse Symptome hervorbringen, die für unser jetziges

[1]) Seitdem dies geschrieben, hat ihn Kraepelin etwas enger gemacht. Ich kann ihm dabei nicht folgen und halte mich an die 6. und 7. Auflage seiner Psychiatrie.

Wissen gleichartig sind. Wir waren zwar imstande, bei schizophrenieähnlichen Fällen von organischen Störungen im Gehirn die Diagnose zu machen oder wenigstens etwas „Atypisches" bei den Kranken zu sehen. Es ist aber nicht auszuschließen, daß doch noch gewisse leichte organische Störungen Symptomenkomplexe hervorbringen, die wir jetzt als Dementia praecox bezeichnen. Ferner wäre es möglich, daß irgendwelche Intoxikation, wie die alkoholische, ähnliche Bilder hervorbrächte (vgl. unten). Und vor allem ist es, solange uns der eigentliche Krankheitsprozeß unbekannt ist, nicht auszuschließen, daß verschiedene Arten von Autointoxikation oder von Infektion zu dem gleichen symptomatischen Bilde führen könnten.

Die Dementia praecox ist also vorläufig nicht als Spezies einer Krankheit aufzufassen, sondern als Genus, im gleichen Sinne wie die „organischen Geisteskrankheiten", oder vielleicht in dem engeren, wie die Dementia paralytica der letzten Dezennien.

Wir sind also mit der Dementia praecox noch nicht so weit gekommen, wie z. B. mit dem Begriff der infektiösen Nephritis; unser vorläufiger Begriff hat ungefähr die Bedeutung, die früher dem chronischen Morbus Brightii zukam. Dieser umfaßte noch mehrere verschiedene Nierenprozesse, die aber in den wichtigsten und damals allein erkennbaren Zeichen übereinstimmten. Ähnlich ist wohl jetzt noch der Begriff des Gelenksrheumatismus, der möglicherweise verschiedene Infektionen enthält; diese sind aber noch nicht trennbar und repräsentieren für uns noch eine Einheit, denn es fällt uns nicht ein, z. B. einen Gelenksrheumatismus mit Endokarditis als eine andere Krankheit zu bezeichnen als einen solchen ohne diese „Komplikation", oder die Krankheit zu zerlegen je nach der Lokalisation in den verschiedenen Gelenken.

Innerhalb des geschilderten Krankheitsbildes haben wir bis jetzt keine natürlichen Scheidewände finden können. Die verschiedenen Symptomenkombinationen gehen beim einzelnen Kranken und von Patient zu Patient so ineinander über, daß alle Unterschiede flüssig erscheinen. Unsere Untergruppen, Hebephrenie, Katatonie, Paranoid, sind also wohl „zufällige" Erscheinungsweisen der gleichen Krankheit; jedenfalls entsprechen sie bloß Bildern, die a potiori benannt werden, und bei denen das Potius nur unwesentliche Symptome betrifft.

Ich habe mich lange gesträubt, alle paranoiden Formen zur Dementia praecox zu zählen; namentlich die Dementia paranoides im engeren Sinne mit ihrem symptomatologisch und verlaufsweise so leicht zu umschreibenden und eigenartigen Bilde war das beständige Ziel meiner partikularistischen Wünsche. Auf der einen Seite hat aber ein Eingehen in die Psychopathologie überall die nämlichen Grunderscheinungen gezeigt, auf der anderen gab das genauere Studium unserer Krankheitsfälle soviel Gleichartiges, soviel Übergänge und ein so vollständiges Fehlen aller mit unseren jetzigen Mitteln wahrnehmbaren Grenzen, daß ich nicht anders konnte, als mich Kraepelin anzuschließen, der nun allerdings in neuerer Zeit wieder, wie ich es früher getan hatte, eine Zwischengruppe zwischen Paranoia und Schizophrenie vermutet. Hier kann ich ihm nicht mehr folgen, weil ich in der Richtung gegen die Paranoia nirgends an eine Grenze komme, bis zum engen Begriff der Kraepelinschen Paranoia.

Die Zerlegung der Schizophreniengruppe ist also eine Aufgabe der Zukunft. Ich halte es aber für noch wichtiger als die Abgrenzung der Krank-

heit nach außen, daß einmal klar ausgesprochen worden ist: **innerhalb dieser Gruppe kennen wir noch keine natürlichen Grenzen; was man bis jetzt für Grenzen ausgab, sind Grenzen von Zustandsbildern, nicht von Krankheiten.** Irrtümer hindern die Wissenschaft am meisten am Fortschreiten; sie zu beseitigen hat mehr praktischen Wert, als eine neue Erkenntnis zu gewinnen. Und hier ist ein ganzes Chaos von Namen[1]) beseitigt worden, hinter denen man fälschlicherweise brauchbare Krankheitsbegriffe suchte, und ein Wald von Grenzpfählen, von denen keiner an einer natürlichen Grenze stand.

Nach zwei Seiten allerdings ist der Begriff noch nicht gut abgeschlossen, gegen die Paranoia und die Alkoholpsychosen.

Der Kraepelinschen Paranoia fehlen die Gemüts- und Assoziationsstörungen außerhalb des Wahnsystems und alle die groben Anomalien wie die katatonen Symptome. So können wir beim Paranoiker überhaupt eine Krankheit außerhalb seiner Wahnideen nicht nachweisen. Damit ist auch die Prognose eine ganz andere: die Paranoiker verblöden nicht (bis etwa Dementia senilis das Bild kompliziert), wenn sie auch gelegentlich, wie alle Leute, die nur noch einseitig denken, mehr oder weniger versimpeln können.

Der Mechanismus der Wahnbildung bei der Paranoia ist aber für unsere jetzigen Untersuchungsmethoden identisch mit dem bei der Schizophrenie, und so wäre es möglich, daß die Paranoia eine ganz chronisch verlaufende Schizophrenie wäre, die so milde ist, daß sie gerade noch zu Wahnideen führen kann, deren weniger auffallende Symptome aber so wenig ausgesprochen sind, daß wir sie nicht nachweisen können. Ich würde das für äußerst wahrscheinlich halten, wenn es häufiger vorkäme, daß zu einer anfänglich reinen Paranoia später noch schizophrene Symptome kämen. Wir mußten sehr wenig Fälle aus Paranoia in Schizophrenie umdiagnostizieren, und es war keiner darunter, der nicht schon von Anfang an auf Schizophrenie verdächtig gewesen wäre. Leider ist diese Erfahrung noch kein genügender Beweis für die prinzipielle Verschiedenheit der beiden Krankheiten, da die Paranoia in den Anstalten sehr selten ist.

Ebenso unklar ist noch das Verhältnis der Schizophrenie zu den verschiedenen paranoiden Formen des Alkoholismus, verlaufen sie akut oder chronisch. Die beiden häufigsten Psychosen, der Alkoholismus und die Schizophrenie, haben natürlich eine Menge äußerer Berührungspunkte. So sehen wir häufig, daß die Halluzinationen bei akuten Anfällen trinkender Schizophrenen alkoholische Färbung haben, sei es in dem Sinne der lebhaften, multiplen, beweglichen Gesichts- und Getasthalluzinationen des Delirium tremens, sei es nach Art der szenisch zusammenhängenden, den Kranken in dritter Person nennenden Gehörshalluzinationen des Alkoholwahnsinns[2]). Diese Färbung habe ich nie gesehen, wenn nicht der Alkoholismus die Schizophrenie komplizierte.

Die Schizophrenie disponiert aber auch zum Delirium tremens selbst. Delirium tremens im Jünglingsalter (bis etwa zum 25. Jahr) nach wenigen Jahren übermäßigen Alkoholgenusses habe ich nur bei Schizophrenen gesehen.

Auch den Alkoholwahnsinn habe ich auf dem Boden der Schizophrenie ent-

---

[1]) Chaslin (118) zählt 31 Namen auf nur für die akuten halluzinatorischen Zustände, die alle gerade bei der Dementia praecox am häufigsten vorkommen.

[2]) Begleitender Alkoholismus kann überhaupt den akuten Syndromen der Schizophrenie einen logischen Zusammenhang verleihen; während umgekehrt die flüchtigen Sinnestäuschungen des Delirium tremens durch den schizophrenen Einfluß der Komplexe zu einem in Inhalt und Ablauf einheitlicheren Bilde geordnet werden, woran sich die Patienten ungleich besser erinnern als an die wenig zusammenhängenden Einzelheiten des

stehen sehen. Er hat nach verschiedenen Autoren die Tendenz, in paranoide Formen auszugehen, die wir nicht mehr von schizophrenen unterscheiden können. So ist es nach meinem Material nicht auszuschließen, daß der akute Alkoholwahnsinn ein durch Alkohol hervorgerufenes und spezifisch gefärbtes Intermezzo im Verlauf einer Schizophrenie darstelle. Durch diese Auffassung würde es auch verständlich, daß beim Alkoholwahnsinn die übrigen Zeichen des Alkoholismus so oft fehlen, und daß v. Speyr und Schuele bei der akuten Alkoholparanoia den kürzesten Alkoholmißbrauch finden.

Die chronische Alkoholparanoia nun habe ich zwar schon sehr oft von anderer Seite diagnostiziert gesehen; es ist mir aber noch kein Fall unter Augen gekommen, bei dem ich nur den leisesten Grund gehabt hätte, etwas anderes zu sehen als eine ganz gewöhnliche Schizophrenie bei einem Patienten, der auch trank. Wirkliche Zeichen von Alkoholismus waren nicht einmal in allen Fällen vorhanden; dafür war die Anamnese gewöhnlich schizophren. So ist es für mich ganz unzweifelhaft, daß der größte Teil der chronischen Alkoholparanoien der Autoren nichts als Schizophrenien sind[1]). Damit stehen in Einklang die Beobachtungen E. Meyers und Bonhoeffers, daß die Prognose der chronischen Alkoholparanoia mit dem Auftreten von Größenideen und von Halluzinationen der niederen Sinne und der Organempfindungen, also von schizophrenen Symptomen, sich verschlimmere. Die „paranoide Disposition", die E. Meyer an der Wurzel der Alkoholparanoia voraussetzt, wäre dann in Wirklichkeit eine latente Schizophrenie, und wir hätten es nicht zu tun mit auf alkoholischer Basis entstandener Paranoia, sondern mit auf schizophrenem Boden entstandenem Alkoholismus. Jedenfalls ist bis jetzt der Beweis für die Existenz einer nicht schizophrenen Alkoholparanoia nicht geleistet[2]). Damit möchte ich nicht ausschließen, daß er nicht an Material aus anderen Gegenden doch noch erbracht werden könne.

Alkoholstupor[3]), der im Osten häufig sein soll, habe ich noch nicht gesehen, dafür manchmal Stupor bei Schizophrenen, die zu viel tranken.

Auch den Kraepelinschen halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker kenne ich nicht aus eigener Erfahrung. Leider habe ich auch keine von anderer Seite diagnostizierten Fälle zu sehen bekommen. Ich darf also ihre Existenz nicht bezweifeln und habe zur Zurückhaltung noch einen andern Grund. Der Alkoholabusus führt schließlich zur Hirnatrophie, also zu einer Form von Schwachsinn. Unter Abstinenz bleibt der Hirnprozeß stehen, und die Funktionsstörungen gleichen sich mehr oder weniger aus. So mag es manchmal nicht mehr möglich sein, den organischen Ursprung des Schwachsinnes nachzuweisen. Halluzinationen können

---

gewöhnlichen Delirium tremens. Dadurch und durch das Vorwiegen der Sprachhalluzinationen entstehen auf schizophrenem Boden Übergangsformen des Delirium tremens zum Alkoholwahnsinn.

Bemerkenswert ist auch, daß die Patienten, die zur Polizei gehen und sich anklagen, ein bestimmtes, von anderen begangenes Verbrechen ausgeführt zu haben, meist alkoholische Schizophrene sind.

[1]) Der bloß alkoholische Eifersuchtswahn bildet sich, soweit ich beurteilen kann, unter Abstinenz wieder zurück.

[2]) Pilcz' Lehrbuch (S. 96) kann zur Differentialdiagnose des Alkoholwahnsinns gegenüber seiner echten Paranoia (id est Schizophrenie) nur anführen den anamnestischen Nachweis des akuten Beginnes bei einem Gewohnheitssäufer. Es gibt also nach ihm gar keinen Unterschied, denn viele Schizophrenien werden bei einem Gewohnheitssäufer akut manifest. Auch Schröder (673) kann die Frage nach der Existenz der chronischen Alkoholpsychosen „nicht mit Sicherheit im bejahenden Sinne beantworten." Vgl. auch Chotzen (124, S. 475).

[3]) Als Krankheit, nicht als Emotionsstupor bei Alkoholikern.

überall vorkommen, warum nicht bei einzelnen hirnatrophischen Alkoholikern? Allerdings beweisen die Beschreibungen Kraepelins und Schröders noch nicht die Notwendigkeit der Abtrennung eines alkoholischen halluzinatorischen Schwachsinnes von der Schizophrenie.

Ob ein schwerer Korsakow zu einem chronischen schizophrenieartigen Bilde führen kann, oder ob ein Korsakow, der in eine Schizophrenie überzugehen scheint, von vornherein eine Schizophrenie war, die durch Korsakow kompliziert worden ist, muß weitere Beobachtung ergeben. In zwei Fällen meiner Beobachtung war das letztere wahrscheinlich, und zwar namentlich deshalb, weil die Kranken von einem bestimmten Zeitpunkt an einen so unsinnigen Lebenswandel geführt hatten, daß er sich besser durch eine Dementia praecox als durch einen bloßen Alkoholismus erklärt.

Schwierigkeiten wie die obgenannten zeigen sich wohl bei jedem Krankheitsbegriffe. Der der Dementia praecox ist im übrigen ein sehr gut abgeschlossener. Vor den symptomatologischen Krankheitsbildern hat er voraus, daß es bei ihm kein „Mehr oder Weniger" gibt:

Wenn einmal die schizophrene Gemütsstörung oder die schizophrene Assoziationsanomalie nachgewiesen ist, so ist die Diagnose gesichert. Fragen kann man sich nur, ob eine noch wenig ausgesprochene Gemütsstörung schon eine schizophrene sei; das sind Schwierigkeiten, die nicht dem Krankheitsbegriff, sondern unseren diagnostischen Mitteln anhaften und bei keiner Krankheit fehlen; ob ein bestimmtes unreines Atmen schon pneumonisches Bronchialatmen sei, ist eine technische Frage, nicht eine des Krankheitsbegriffes. Der Begriff der Schizophrenie ist also schon deswegen jedem symptomatischen überlegen, weil es sich bei diesem Krankheitsbegriffe nicht um relative, sondern um absolute Kriterien handelt — absolut in dem Sinne, daß, wenn die Kriterien nachgewiesen sind, die Diagnose unter allen Umständen gesichert ist.

Das zeigt sich denn namentlich beim Verlaufe. Ist die Diagnose einmal gemacht, so muß sie nicht mehr geändert werden; es treten keine Symptome mehr auf, die nicht zu der Krankheit gehören; es kann nicht vorkommen, daß die richtig diagnostizierte Dementia praecox von heute auf morgen eine Paralyse oder eine Epilepsie sei; die Krankheit hält sich immer innerhalb der gleichen Symptomengruppen.

Natürlich müssen nicht alle Symptome in jedem einzelnen Fall auftreten, so wenig wie bei jedem Typhus eine Darmblutung eintritt. Auch kann es selbstverständlich, wie bei allen anderen Krankheiten, in leichten Fällen der Schizophrenie vorkommen, daß man zu einer gegebenen Zeit ein vorhandenes Symptom mit unseren jetzigen Mitteln nicht nachweisen kann.

Die Schizophrenie kann zu jeder Zeit stille stehen, gerade wie z. B. eine Lungentuberkulose. Bilden sich dann die akuten Symptome zurück, und ist die Krankheit nicht weit vorgeschritten, so kann man mit unseren Mitteln unter Umständen kaum mehr etwas Pathologisches finden, gerade wie die Reste einer Spitzeninfiltration nicht zu erkennen sind, wenn sie nicht einen gewissen Umfang erreicht haben. Sind aber Symptome vorhanden, so ist es für den Krankheitsbegriff ganz unwesentlich, ob sie kaum merklich oder hochgradig seien; in jedem Falle bleiben sie im Rahmen der schizophrenen Symptome. Es ist also nicht so, wie sonderbarerweise viele Gegner meinen, daß die Schizophrenie in jedem

Falle zur ausgesprochenen Verblödung, führen müsse, sondern: **wenn die Krankheit weiter schreitet, so führt sie zur Verblödung, und diese Verblödung hat einen spezifischen Charakter. Sie braucht aber nicht weiter zu schreiten.**

Einige der häufigsten Einwendungen, denen der Dementia praecox-Begriff begegnet ist, mögen hier erwähnt werden.

Zunächst war wohl die Vielgestaltigkeit des äußeren Krankheitsbildes das größte Hindernis seiner Anerkennung. Nachdem aber nachgewiesen ist, daß einzelne durchgehende Symptome existieren, während den wechselnden keine systematische Bedeutung zukommt, ist die Einheit in der Menge der Formen nicht mehr viel schlechter zu erkennen als bei der Paralyse. Jedenfalls handelt es sich um eine Gruppe von Krankheiten, die von allen anderen Kraepelinschen Gruppen prinzipiell unterschieden sind.

Einer der häufigsten Einwände, der auch jetzt noch besonders im Auslande viel gehört wird, ist merkwürdigerweise der, es handle sich nicht immer um eine Demenz noch um eine Präcocitas. Nachdem Kraepelin den Begriff so klar umschrieben unter ausdrücklicher Erwähnung von Heilungen und Späterkrankungen, darf dies als grobes Mißverständnis bezeichnet werden, das den Begriff nicht kennen will und sich an den Namen klammert.

Eher Beachtung verdient schon der Einwand, daß Krankheitsfälle, von denen die einen heilen, die anderen in Blödsinn übergehen, nicht zusammengehören. Der Einwurf würde indes die alten Krankheitsbegriffe noch viel eher treffen als die Dementia praecox mit ihrem semper aliquid haeret, und wäre hier nur dann angebracht, wenn nachgewiesen wäre, daß das Fortschreiten der Verblödung einen wesentlichen Bestandteil des Krankheitsbegriffes ausmachte. Es ist aber das Gegenteil der Fall. So ist es, wie wenn man den Begriff der Lungentuberkulose angreifen wollte, weil zwar die meisten Fälle heilen, viele aber chronisch werden oder rezidivieren, und eine Anzahl Patienten daran zugrunde gehen.

Eine gewisse Schwierigkeit finden viele in ihrem Demenzbegriff. Schaefer z. B. (651) meint, daß eine Krankheit, die 14 Jahre lang als Demenz imponierte und dann heilte, keine wirkliche Demenz sein könne. Er mußte also den Fall, der nach uns nur ein etwas eklatantes Beispiel einer Spätheilung bei Schizophrenie darstellt, zu einer andern Krankheit zählen als die hoffnungslos Verblödeten in den Pflegeanstalten. Wer sich klar gemacht hat, wie wenig eigentlich bei der Schizophrenie vom Denkorgan zugrunde gegangen ist, und wer gerade die Hauptsymptome der spezifischen „Verblödung", das sich Einspinnen in die eigene Gedankenwelt und die Affektlosigkeit als sekundäre, potentia wandelbare Erscheinungen erfaßt hat, sieht in solchen Vorkommnissen keine Schwierigkeit.

Es gibt nun aber auch Psychiater, die umgekehrt nicht nach dem Ausgang gruppieren wollen und sich gerade deshalb ablehnend gegen den Begriff verhalten. Bruce meint, bei Differenzierung nach dem Ausgang wären alle Krankheiten gleich, weil alle schließlich mit Tod endigen. Nun ist für die Dementia praecox nicht der Ausgang, sondern die Ausgangsrichtung wesentlich. Und wenn Pilcz anführt, daß doch wohl verschiedene Prozesse zum gleichen Ende führen können, so ist dem entgegenzuhalten, daß wir eben bei genauerem Zusehen die Elemente der späteren spezifischen Verblödung in jedem Stadium der Schizophrenie, nicht aber bei anderen Krankheiten finden können. Es ist also eine Sache der Untersuchung und der Erfahrung, ob man dem Autor recht geben kann oder nicht. Unsere Erfahrung gibt ihm vollständig Unrecht.

Wernicke hat auch eingeworfen, daß es nicht angehe, den ätiologischen Begriff der „Hebephrenie" mit dem symptomatologischen der „Katatonie" zu parallelisieren. Hätte er Kraepelin richtig gelesen, so wäre ihm klar geworden,

daß bei ihm beide Worte nicht bloß ätiologische und nicht bloß symptomatologische Begriffe bezeichnen, sondern Erscheinungsweisen einer ganzen Krankheit mit allen ihren Teilbegriffen zugleich.

Man spricht auch von der „Katatonischen Einheitspsychose"[1]) und macht damit der Ausdehnung des Begriffes einen Vorwurf. Ich muß auf diesen Einwand eingehen, weil sogar Kraepelin selbst und Aschaffenburg[2]) es bedauerlich finden, daß der Begriff so viel umfasse. Für die Wissenschaft handelt es sich aber darum, ob der Begriff richtig gebildet sei, und ich kann nicht finden, daß es weniger bedauerlich wäre, wenn Schnupfen und Typhus oder Pferde und Elefanten ungefähr gleich häufig wären. Es würde auch keinem Menschen einfallen, wenn die Paralyse einmal 30% der männlichen Aufnahmen ausmachte, deshalb den Krankheitsbegriff zu umfangreich zu finden. Es gibt gewiß auf der ganzen Welt keinen Grund gegen die Annahme, daß eine einzelne Psychose unverhältnismäßig viel häufiger sei als die anderen. Im Falle der hier in Betracht kommenden Krankheit hat man im Gegenteil von jeher überall da, wo diese Patienten sich ansammelten, das in der Natur der Sache begründete Bedürfnis nach dem großen Topf gehabt, der nur mit der Zeit seine Etikette wechselte.

Umfang des Begriffes.

Kraepelins präseniler Beeinträchtigungswahn läßt sich nach unserer Erfahrung nicht von der Schizophrenie trennen; er hat genau die gleiche Symptomatologie wie die Dementia paranoides oder andere Formen des Paranoids; manchmal kann man die Störung in ein ziemlich frühes Alter zurückverfolgen; auch treten dann und wann einzelne katatone Symptome auf. Es handelt sich also nach unserer Auffassung um ein Spätparanoid.

In neuester Zeit gewinnt das manisch-depressive Irresein wieder an Ausdehnung auf Kosten der Dementia praecox (vgl. namentlich Wilmanns, 827, S. 569). Im Gegensatze zu Dreifuß (187, S. 45) kann ich mich an keinen einzigen Fall erinnern, den wir aus der Schizophrenie in manisch-depressives Irresein umdiagnostizieren mußten; dagegen ist das Umgekehrte mit den Jahren dann und wann vorgekommen. Unsere Erfahrung widerspricht direkt dem Satze Wilmanns: „Katatonische Symptomenkomplexe, die sich an eindeutig manisch-depressive oder zyklothymische Anfälle anschließen, sind als eigentümliche Äußerungen dieser Krankheit anzusehen und gehen in Heilung über." Wenn wir bei manisch-depressivem Irresein katatonieartige Symptomenkomplexe analysieren konnten, so erwiesen sie sich bis jetzt immer als nicht eigentlich katatonisch. Wir sind also noch nicht überzeugt, daß katatone Symptome beim manisch-depressiven Irresein vorkommen. Dagegen treffen wir manisch-depressive Symptome bei der Schizophrenie so gut wie bei der Paralyse oder der Dementia senilis. So können wir vorläufig gar nicht verstehen, wie Wilmanns dazu kommt, „den manisch-depressiven Symptomenkomplexen eine weit größere differentialdiagnostische Bedeutung als den katatonischen beizumessen". – Daß wir bei Mischung von manisch-depressiven Symptomen mit schizophrenen die Krankheit nicht manisch-depressives Irresein, sondern Dementia praecox nennen, wie es auch Kraepelin früher getan hat, ist nach

[1]) Sommer, Zeitschr. f. Psych., 1899, S. 260.

[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1899.

unserer Auffassung selbstverständlich. So gibt es für uns so wenig eine „katatonische Form des periodischen Irreseins" (Geist) wie eine paralytische Form desselben. Dafür kennen wir periodisch verlaufende Katatonien und Paralysen. Wahrscheinlich gibt es auch Mischfälle von manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie.

Abgesehen von dieser Erweiterung des Begriffes stimmt unsere Erfahrung ganz mit der Kraepelins überein. Dagegen haben wir uns einigermaßen mit den systematischen Begriffen der wichtigsten anderen Schulen abzufinden. Epilepsie, Paralyse, Dementia senilis dürfen wir als Krankheiten mit allgemein anerkannten Grenzen aus dem Spiele lassen.

Schon die Idiotie macht aber einige Schwierigkeiten. Man hat die in der Pubertät auftretenden Psychosen auch als Spätidiotien bezeichnen wollen. Bei den Idiotien handelt es sich aber um eine Menge anderer Krankheiten und um Entwicklungshemmungen, die nicht mit der Schizophrenie zu verwechseln sind[1]).

Die Begriffe der Melancholien und Manien sind jetzt noch in Frankreich und namentlich in England sehr weit; der größere Teil der hierzu gezählten Krankheiten muß von uns der Schizophrenie angereiht werden. Der deutsche Begriff von Melancholie und Manie ist schon vor Kraepelin enger gefaßt worden; aber dennoch gehören viele Fälle namentlich von halluzinatorischer Manie oder Melancholie respektive manischem und melancholischem Wahnsinn der Autoren[2]) zu unserer Schizophrenie. Wir haben also die Krankheit in dieser Richtung abzugrenzen gegen das manisch-depressive Irresein und die Melancholie (der Involution), wenn die letztere wirklich eine Krankheit sui generis ist. Nach dem oben Gesagten hat das keine theoretischen Schwierigkeiten.

Die Schizophrenie umfaßt ferner den größten Teil derjenigen Fälle, deren Bezeichnungen die halluzinatorische Aufregung oder die Verwirrtheit in den Vordergrund stellen, inklusive der Amentia oder der halluzinatorischen Paranoia. In dieser Richtung sind die Grenzen schwer zu bestimmen, weil die wohl ziemlich mannigfaltigen, aber nicht sehr häufigen Krankheiten, die neben der Schizophrenie in Betracht kommen, noch gar nicht bekannt sind. Es gibt aber akute halluzinatorische und Verwirrtheitszustände, die bei fieberhaften Krankheiten, bei Niereninsuffizienz, kurz unter Umständen vorkommen, die eine Art Giftwirkung vermuten lassen. Dem einzigen Versuche, solche Zustände erkennbar zu beschreiben, entstammt die Kraepelinsche Amentia. Ich habe aber unter den letzten über 4000 Aufnahmen keine solche nachweisen können, und fange deshalb an zu zweifeln, ob sie die Bedeutung habe, die ihr der Autor zuschreibt. Die anderen dieser im weitesten Sinne toxischen Delirien sind leider in den allgemeinen Begriffen der hierhergezählten Krankheiten

---

[1]) Kraepelin und Weygandt neigen dazu, die Schizophrenie selbst unter die Krankheiten einzureihen, die Idiotie hervorrufen können. Da der Name Idiotie nur eine intrauterin oder in früher Jugend eingetretene geistige Insuffizienz bezeichnet, und die Schizophrenie auch in den ersten Lebensjahren ausbrechen kann, so ist prinzipiell nichts gegen die Aufstellung einzuwenden. Nur muß ich bemerken, daß ich noch keinen solchen Idioten gesehen habe. Alle Fälle von infantiler Schizophrenie meiner Erfahrung waren keine Idioten. Die Stereotypien der Idioten sind etwas prinzipiell anderes als die katatonischen.

[2]) Ein sehr kleiner Teil des akuten (melancholischen und manischen) Wahnsinns gehört nach unserer Auffassung zum manisch-depressiven Irresein.

verschwunden, so daß sie noch keine spezifische Symptomatologie haben. Man sollte die „Verwirrtheit“ in diesen Fällen auf andere Elementarsymptome zurückführen können als bei der Dementia praecox.

Mit dem Sammelbegriff des *Delirium acutum* hat die Schizophrenie wenig Berührungspunkte, doch kann es einmal vorkommen, daß ein ganz akut und tödlich verlaufender Fall von Schizophrenie als Delirium acutum aufgefaßt wird. Die *Ecnoia Ziehens* würden wir wohl in den meisten Fällen unserer Krankheit einreihen.

Selbstverständlich sind auch die *Wernicke*schen „Motilitätspsychosen“ fast alle Schizophrenien.

Von chronischen Krankheiten gehören alle[1]) diejenigen zu unserem Begriff, die als *Verblödungsformen, primäre und sekundäre Demenz* usw. bezeichnet wurden, dann der größte Teil aller *Paranoien* der anderen Autoren.

Von kleineren Krankheitsbildern möge erwähnt werden die *Hypochondrie*, die bei vielen Psychiatern jetzt noch eine große Rolle spielt. Die meisten (unheilbaren) Hypochonder sind Schizophrene, deren Wahnideen eben den eigenen Körperzustand betreffen. Nach genauerer Untersuchung und namentlich nach Kenntnis einiger ganz klarer analoger Fälle, muß ich jetzt auch die in meiner „Affektivität“ (S. 133) beschriebene Frau als schizophren ansehen. Viele Ärzte werden aber auch Kranke als Hypochonder bezeichnen, die wir als Neurastheniker, Hysteriker usw. taxieren würden. Auch eigentliche Paranoiker können vielleicht Hypochonder mit den Gesundheitszustand betreffenden Wahnideen sein. Ein eigenes Krankheitsbild der Hypochondrie kennen wir nicht.

Einige Fälle, auf die die *Kraepelin*sche Schilderung der „*Erwartungsneurose*“ ganz genau paßte, waren Schizophrene.

Eine große Zahl der mir bekannten weiblichen Schizophrenen galten an anderen Orten als *hysterisch Verrückte*, wobei man sich vorstellte, daß die Verrücktheit irgend wie eine Weiterbildung der Hysterie wäre. Ich habe noch nie einen Anhaltspunkt gefunden, eine hysterische Verrücktheit zu diagnostizieren. Alle von anderen so genannten Kranken unterschieden sich in keiner Weise von den anderen Schizophrenen. Wenn ein angeblicher Hysteriker verrückt wird oder verblödet, so ist er eben nach meiner Erfahrung kein Hysteriker, sondern ein Schizophrene, trotz der Autorität *Charcots* und den neuerlichen Arbeiten von *Rancke* (588) und *Kaiser*, welch letzterer bei ganz offenkundigen Schizophrenen diagnostische Schwierigkeiten sieht und sie zum Teil als Hysterien auffaßt. Ebenso sind die „hysterischen“ Melancholien und Manien anderer Autoren meistens Schizophrenien, wenn es auch gelegentlich wirkliche Kombinationen von Manie und Melancholie mit Hysterie gibt.

Auch „*Nervöse*“, die des öfteren ganz verkehrte Reden führen, die Nahrung verweigern und Eifersuchtsideen haben, sind nach unserer Erfahrung weder Neurastheniker noch Narkoleptische[2]), sondern Katatonische.

Ein großer Teil, aber nicht alle, der ganz schlimmen Formen von *Zwangszuständen, von Grübelsucht, von impulsiven Handlungen* gehören

[1]) Es ist ja wahrscheinlich, daß es noch andere Hirnkrankheiten gebe, die eine psychische Narbe hinterlassen. Sie sind aber noch nicht beschrieben (auch nicht in Form der bisherigen Amentiaauffassungen) und kaum von numerischer Bedeutung.

[2]) *Schott* (666).

unzweifelhaft der Schizophrenie an. Meist kommen dann früher oder später die deutlichen Zeichen der Grundkrankheit zum Vorschein. Mit Pyromanie, Kleptomanie u. dgl. Namen bezeichnete Krankheitsbilder sind manchmal Schizophrenien.

Wie wir uns zu den juvenilen Psychosen stellen, ist nach dem früheren selbstverständlich. Die Schizophrenie beginnt am häufigsten zwischen 15 und 25 Jahren; sie ist zugleich die häufigste Psychose; daraus folgt, daß sie auch die häufigste juvenile Psychose ist. Neben ihr kommen aber in diesem Alter auch noch alle anderen Psychosen vor, mit Ausnahme der Involutionsformen, wenn es solche gibt, und der senilen Krankheiten. Es gibt also für uns keine charakteristische juvenile Psychose oder Psychose des Pubertätsalters.

Das masturbatorische Irresein der verschiedenen Autoren hat offenbar ganz in der Schizophrenie aufzugehen.

Abzufinden haben wir uns noch mit dem Begriff der Degeneration. Im Morelschen Sinne bedeutet das Wort eine von Generation zu Generation zunehmende geistige Insuffizienz in einer Familie. Diese Art der Degeneration wird jetzt selten mehr unter dem Worte verstanden, da sie nur ausnahmsweise klar zu sehen ist. Dafür hat man den weiteren Begriff eingeführt, der ungefähr sich deckt mit der „Belastung". — Die Dégénérés Magnans sind Leute aus degenerierten, d. h. geistig abnormen Familien. Man will gesehen haben, daß bestimmte Krankheitsbilder und bestimmte Symptome nur bei Degenerierten in diesem Sinne vorkommen. Bei gewissen Abweichungen von der Norm, z. B. bei der echten moralischen Idiotie, der Pseudologie und einer ganzen Menge von Verschrobenheiten der Intelligenz und des Charakters wird die Auffassung für die meisten Fälle zutreffen, aber kaum für alle, denn es gibt auch erworbene Gehirnkrankheiten, die uns ähnlich erscheinende Bilder hervorbringen können. Die eigentlichen Psychosen aber haben bis jetzt einer solchen Auffassung widerstanden. Es ist von keinem einzigen Bilde nachgewiesen, daß es nur bei Hereditariern vorkomme. Wenn man eben „*die* Heredität" sucht, so findet man sie bei Geisteskranken fast immer; bei den Krankheiten, die nicht als degenerative gelten, hat man viel weniger Eifer, sie zu suchen, man findet sie also weniger. Nachdem der groß angelegte Versuch Magnans gescheitert ist, haben wir keinen Grund mehr, uns lange mit der Idee zu beschäftigen. Wenn ein Mann von der Erfahrung und dem klinischen Können dieses Autors so gründlich Fiasko macht, so ist das der beste Beweis, daß sich wenigstens bei unseren jetzigen symptomatologischen Kenntnissen mit der Idee nichts anfangen läßt. Und gewiß auch später nicht, wenn man nicht die Heredität in viele Hereditäten bestimmter Richtung zerlegt. Es mag also genügen, darauf hinzuweisen, daß in St. Anne das große Fach heißt: „Dégénérés", und daß sich darin ein schöner Teil unserer Schizophrenen befindet. Das ist um so eher möglich, als eben viele leicht Schizophrene als solche verkannt werden und dann als ab ovo psychopathische Naturen gelten müssen[1]). Zum Überfluß hat Wolfsohn (Allg. Zeitschr. f. Psych., 1907) nachgewiesen, daß die Heredität, die übrigens bei 90% der Schizophrenen nachzuweisen ist, keinen erheblichen Einfluß weder auf den Verlauf noch auf die Symptomatik der Schizophrenie ausübt.

Ein dritter schärferer Begriff, der sich aus dem allgemeinen Schlamm des bisherigen Degenerationsbegriffes herausheben läßt, ist der einer angeborenen oder in der frühen Jugend erworbenen Gehirnschwäche des Individuums, auf deren

---

[1]) Morel (Brain 1889, S. 219) sieht die schizophrenen Symptome als Zeichen der Degeneration an. Auch Bonhoeffer beschreibt in seinen Degenerationspsychosen viele degenerative Symptome, die ebensogut schizophren sein können.

Boden dann besondere Krankheiten entstehen. Da viele Schizophrenien bis in die frühe Jugend zurückgehen, und schlecht begabte Leute ebenso oft von der Krankheit befallen werden wie Normale, ist es selbstverständlich, daß man diese Art Degeneration bei der Schizophrenie oft findet. Wir haben aber bis jetzt keine Anhaltspunkte, die Schizophrenie bei solchen Degenerierten zu unterscheiden von der des rüstigen Gehirns. Alle Kriterien, so namentlich auch die Schueles, haben mir bei der Nachprüfung versagt.

Ein ähnlicher Begriff ist der der konstitutionellen Formen, die in der schweizerischen offiziellen Statistik sogar eine Hauptklasse bilden. So weit es sich da um moralische Idioten, um intellektuell oder affektiv verbildete Leute handelt, hat die Schizophrenie mit dem Begriff nichts zu tun. Man hat ihn aber an manchen Orten als Topf für sonst nicht zu klassifizierende Psychosen gebraucht; man verlegte eben das, was zum Schema der Psychosen nicht paßte, in die Anlage. Daß unter diesen Umständen, die früher nicht recht verständliche Schizophrenie einen großen Teil der konstitutionellen Krankheitsfälle lieferte, ist selbstverständlich. Man hat sich auch gar nicht gescheut, z. B. beim ersten Anfall eine Manie zu diagnostizieren, sie geheilt zu entlassen, und dann, wenn sie als chronische Schizophrenie wiederkam, ohne daß man den „sekundären Blödsinn" konstatieren konnte, und der Patient doch krank schien, das konstitutionelle Irresein anzunehmen.

Die vierte Art der Degeneration ist die der Degeneration der einzelnen Krankheit. Wenn bei einer Krankheit „degenerative Symptome" auftreten, so will das im Sinne dieser Konzeption heißen: die Krankheit tendiert zum Blödsinn, zum schlimmen Ausgang. Manche verbinden damit in mehr oder weniger klarer Weise die Vorstellung, daß eben die degenerative Anlage in einem der früheren Sinne an dieser Verschlechterung schuld sei.

Diesen verschiedenen Auffassungen gegenüber müssen wir konstatieren: Alle die drei ersten Arten der Degeneration enthalten Schizophrenien in unserem Sinne. Mit Geisteskrankheiten direkt belastete Personen erkranken häufiger an Schizophrenie als andere; die Belastung ist aber keine notwendige Vorbedingung der Krankheit. Erhebliche Unterschiede in Symptomen und Verlauf der Schizophrenie, je nachdem ein Fall belastet ist oder nicht, kennen wir zurzeit nicht. Die spezielle Art der Belastung, die zur Schizophrenie disponiert, ist uns noch nicht näher bekannt.

Die geisteskranken Dégénérés Magnans sind zum großen Teil Schizophrene. Die Kranken mit „degenerativen Symptomen" im Sinne des vierten Begriffes sind wohl mit äußerst seltenen Ausnahmen alle Schizophrene.

Natürlich weiß ich wohl, daß es akute Syndrome bei Psychopathen aller Art gibt. Auch versteht es sich nach unserer Annahme vom sekundären Ursprung der meisten Symptome von selbst, daß sie unter Umständen schizophrenen Delirien ähnlich sein können. Zu uns kommen aber solche Fälle, die offenbar in Großstädten häufig sind, so selten[1]), daß ich nicht imstande bin, die Grenze zwischen ihnen und den Schizophrenen zu zeichnen. Die Autoren aber, die die degenerativen Psychosen beschreiben, fassen den Begriff der Dementia praecox viel zu eng und verfehlen aus diesem Grunde die Grenzbe-

[1]) Alle unsere Fälle mit anscheinend psychischer Ätiologie zusammengenommen geben die gleiche Prognose wie die übrigen. Psychogene Zustände von Degenerativen können also nicht in beträchtlicher Zahl darunter sein.

stimmung oder ignorieren sie vollständig. So hat unser Wissen hier eine bedauerliche Lücke.

Daß auch viele als Moral Insanity aufgefaßte Störungen hierher gezählt werden müssen, ist nach der Symptomatologie selbstverständlich. Levinstein-Schlegel kennt sogar nur die aus Schizophrenie hervorgehende Moral Insanity; das Heboid und die Parethosia Kahlbaums sowie Wernickes moralische Autopsychose kommen diesem Begriff nahe[1]). Es ist aber sicher, daß es außerhalb der Schizophrenie verschiedene Arten moralischer Defekte gibt, worunter wohl die moralische Idiotie aus Mangel der moralischen Gefühle die am besten faßbare ist.

Es sind ferner nach unserer Erfahrung recht viele akute Haftpsychosen bloße Schübe von einer Schizophrenie, die meist schon vorher bestanden hat und Ursache des antisozialen Verhaltens gewesen ist. Vergleiche auch Rüdin, Siefert.

* * *

Die eigenartige Systematik Wernickes können wir nicht ganz übergehen, obgleich es unmöglich ist, sich kurz mit ihr abzufinden. Seine symptomatologischen Begriffe, so geistreich sie konstruiert sind, und so sehr sie sich auf Beobachtung stützen, sind für uns nicht brauchbar: so enthält seine Sejunktion nicht nur die Sperrung, sondern auch andere Formen von Dissoziation, die psychologisch und nosographisch eine ganz andere Bedeutung haben. Wir mußten deshalb viele der von ihm geprägten Ausdrücke vermeiden, wenn wir nicht Anlaß zu Mißverständnissen geben wollten. Auf seine Begriffe Krankheitsbilder aufzubauen, war ein unmögliches Unterfangen. Beim gleichen Patienten kommen die verschiedensten seiner Krankheiten vor. Er hilft sich dann mit der Annahme seiner zusammengesetzten Psychosen. Die Psychose kann aber als eine zusammengesetzte meist erst ex post diagnostiziert werden; und es gibt bei ihm so viele zusammengesetzte, gemischte, kombinierte Fälle, daß allein schon deshalb die Wahrscheinlichkeit für die Auffassung seiner Symptomenkomplexe als besonderer Krankheiten ungefähr null werden muß. Was würde man von einer Lungendiagnostik sagen, die verschiedene Krankheiten, wie Emphysem, Tuberkulose, Pneumonie, in den Verlauf einer zusammengesetzten Lungenkrankheit einfügen würde, und das erst noch in ganz unregelmäßigem Turnus? Der beste Beweis der Unrichtigkeit der Wernickeschen Abgrenzungen liegt darin, daß sie einen genialen Beobachter nicht einmal befähigten, in so einfachen Fällen wie Nr. 28 seiner Krankenvorstellungen (Heft 1) die Paralyse auszuschließen; ich würde es einem Kandidaten im Examen nicht leicht verzeihen, wenn er bei einem solchen Falle von Paralyse spräche. Auch mit Wernickes Prognostik steht es recht schlimm, soweit nicht sein Blick der Systematik überlegen ist. Er meint S. 105, daß die ersten Anfälle einer akuten Halluzinose immer zu heilen pflegen; nun sind die akuten Halluzinosen in seinem Sinne meistens identisch mit unseren schizophrenen Delirien, deren Prognose nicht so gut ist. Täuscht er sich, so muß er wohl die Diagnose ändern, wie im Falle 10 des gleichen Heftes. Es ist etwas ganz Analoges, wie wenn der Autor zum erwähnten Fall 28 sagt (S. 113): „Unser Irrtum lehrt, wie schon mancher andere Fall, daß es akute Krankheiten gibt, die ohne Kenntnis einer Anamnese einer Diagnose nicht zugänglich sind.“ Eine andere Würdigung der Symptome hätte ihn mit Leichtigkeit vor dem Irrtum bewahren können.

---

[1]) Auch Schaefer (635) schildert die (moralisch) Schwachsinnigen so, daß u. a. die leichten Hebephrenen in seinen Rahmen passen. — Kirn kennt einen „sittlichen Schwachsinn“, der später in Wahnsinn übergeht.

VI. Abschnitt.

Die Diagnose.

A. Allgemeines.

Die Diagnose ist in den ausgesprochenen Fällen von Schizophrenie sehr leicht, bietet aber in den wenig vorgeschrittenen Formen mehr praktische Schwierigkeiten als bei den meisten anderen Psychosen.

Wie bei jeder Krankheit müssen auch hier die Symptome eine gewisse Höhe erreicht haben, um diagnostisch verwertbar zu sein. Gerade bei der Schizophrenie stehen aber in den leichteren Fällen eine Anzahl von Erscheinungen im Vordergrund, die sehr stark schwanken innerhalb der Breite dessen, was man, wenn nicht gesund, so doch „nicht geisteskrank" nennt. Charakteranomalien, Gleichgültigkeit, Energielosigkeit, Unverträglichkeit, Eigensinn, Launenhaftigkeit, und die Eigenschaft, die Goethe bei Lenz nur mit dem englischen Wort „whimsical" zu bezeichnen wußte, hypochondrische Klagen usw. brauchen gar nicht Symptome einer eigentlichen Geisteskrankheit zu sein; sie sind aber sehr häufig die einzigen sichtbaren Zeichen der Schizophrenie. Deshalb liegt die diagnostische Schwelle bei keiner Krankheit so hoch, und sind latente Fälle etwas Alltägliches.

Ist die Geisteskrankheit sicher, so hat die spezielle Diagnose der Schizophrenie wieder ihre Schwierigkeiten. Nur einzelne psychotische Symptome lassen sich zur Erkennung der Krankheit verwenden, und auch diese haben hier einen sehr hohen spezialdiagnostischen Schwellenwert. Manische oder depressive Verstimmungen können bei allen Psychosen vorkommen; Ideenflucht, Hemmung und — soweit sie nicht spezifische Eigentümlichkeiten angenommen haben — Halluzinationen und Wahnideen sind Teilerscheinungen der verschiedensten Krankheiten. Sie dienen oft nur zur Diagnose der Psychose, nicht zu der der Schizophrenie.

Die eigentlichen schizophrenen Symptome, soweit sie bis jetzt beschrieben wurden, sind keine Nova wie etwa eine Halluzination oder eine paralytische Sprachstörung. Sie sind Verzerrungen und Übertreibungen von normalen Vorgängen [1]).

[1]) Ich hoffe allerdings, daß man später einmal lernt, die schizophrene Begriffsspaltung und vielleicht auch die allgemeine Assoziationsspaltung von den ähnlichen Erscheinungen, die sich außerhalb des Blickfeldes der normalen Aufmerksamkeit vollziehen, zu unterscheiden.

Wichtig ist also weniger das einzelne Symptom für sich genommen, als seine Intensität und Extensität und vor allem sein Verhältnis zur psychologischen Umgebung. In dem Gewirre der psychischen Pfade gibt es viele Wege, die ans gleiche Ziel führen. Wenn jemand während eines langweiligen Vortrages stereotype Schnörkel auf das vor ihm liegende Papier kritzelt, so hat das keine pathologische Bedeutung; die gleichen Schnörkel unter anderen Umständen in einen ernsthaften Brief hineingezeichnet, können für sich die Diagnose der Schizophrenie sichern.

Manche Leute erscheinen gleichgültig, weil sie von irgend etwas präokkupiert sind, und weil der Affekt des sie beschäftigenden Komplexes auch vorhanden ist, wenn sie an andere Dinge denken; die Gefühlsreaktion läßt sich aber bei ihnen oft hervorrufen, wenn es gelingt, ihr Interesse anderen Themen zuzuwenden. Auch ein verschlossener Charakter, oder die durch Erziehung ins Übertriebene gesteigerte Beherrschung der Affektäußerungen (Amerikaner, Japaner) kann Gefühllosigkeit vortäuschen.

So muß bei den folgenden Erwägungen immer vorausgesetzt werden, daß der Leser die begleitenden Umstände, die ganze psychische Konstellation zu berücksichtigen imstande sei, ohne daß auf die unendlich vielen Möglichkeiten jedesmal aufmerksam gemacht wird.

Besonders wichtig ist es daran zu denken, daß manche schizophren aussehenden Erscheinungen normaliter durch einen Affekt ausgelöst werden können, oder daß an der Peripherie unserer Aufmerksamkeit oder in unseren Wach- und Schlafträumen vieles geschieht, was mit den schizophrenen Assoziationsstörungen und den Stereotypien identisch ist; deshalb haben z. B. in Aufregungszuständen Symptome, wie Sperrungen, Verwechslungen von Symbolen mit der Wirklichkeit, Transitivismus, Neologismen, nur dann einen spezialdiagnostischen Wert, wenn sie sehr ausgesprochen sind. Kommen sie aber bei voller Besonnenheit vor, so kann derjenige, der alle Umstände gut erwägt, aus einem einzigen solchen Symptom die Diagnose oft sicher machen. Je besonnener ein Patient, je weniger Grund zu Affekten vorhanden ist, um so leichtere Grade der Symptome gestatten die Diagnose auf Schizophrenie. Das gleiche gilt für die Differentialdiagnose: Epileptiker können symbolisieren, Begriffe wie Mann und Frau miteinander verwechseln, Neologismen machen, aber nur, wenn sie dämmerig sind. Hysterische können affektiv sehr steif sein, aber nur, wenn sie gerade ein Komplex beherrscht. Kranke aller Art (wie Gesunde) können vorbeireden, wenn sie gerade Grund zu einer ablehnenden Haltung haben. Nur Schizophrene zeigen diese Erscheinungen außerhalb jener psychischen Allgemeinzustände.

Ausschlaggebend für die Diagnose sind oft die Verallgemeinerungen der Symptome. Die Sperrung, die der Gesunde hat, betrifft, wenn sich nicht ein Emotionsstupor nachweisen läßt, nur die Dinge, die eben affektbetont sind. Der Schizophrene dehnt die Sperrungen oft über alle möglichen anderen Ideen aus — kann doch in den hochgradigen Fällen seine ganze Psyche andauernd gesperrt sein. Unklare Begriffe und Ideen und logische Fehler kann jedermann einmal produzieren, besonders wenn er sich in einem außergewöhnlichen Zustand wie in einem Affekt oder in Erschöpfung befindet. Die Unklarheit wird dann

aber mit der auslösenden Ursache kommen und verschwinden, während sie sich bei der Schizophrenie von jenen Zuständen unabhängig machen kann.

Die schizophrenen Symptome brauchen nicht in jedem Moment vorhanden zu sein. Bei keiner Geisteskrankheit kann man so wenig wie bei der Schizophrenie darauf rechnen, zu einer bestimmten Zeit irgend ein bestimmtes Krankheitssymptom zu sehen. Sogar in vorgeschrittenen Fällen, die für gewöhnlich ganz blödsinnig erscheinen, kann in einem gegebenen Moment die Gemütsstörung und die charakteristische Assoziationsveränderung nicht demonstrierbar sein. Nicht einmal durch eine eingehende mehrstündige Untersuchung wird man die Diagnose in allen Fällen mit Sicherheit stellen können.

So ist es selbstverständlich, daß diejenigen Fälle, in denen die Krankheit in früheren Stadien Halt gemacht hat, von Laien und Psychiatern gewöhnlich verkannt werden. Man zankt sich mit schizophrenen Hausfrauen ein Menschenalter lang herum; man trifft alle möglichen strafenden Maßregeln gegen „ungeratene Söhne"; oder, wenn man bei ihnen Zwang anwenden will, scheitert man daran, daß der begutachtende Arzt kein auf Geisteskrankheit lautendes Zeugnis geben kann, oder weil, wenn er eins gegeben hat, gelegentlich sogar ein Anstaltsdirektor den Kranken als gesund oder geheilt den verzweifelnden Eltern wieder zuschickt; man läßt die Leute als hysterisch oder noch lieber als neurasthenisch alle möglichen Kuren machen, denen oft das Vermögen der besorgten Familie geopfert wird; man nimmt die Kranken in die Spitäler mit der Diagnose Wanderniere, wenn sie halluzinierte Geburtsschmerzen haben; man betrachtet einige gynäkologische Abweichungen von der in den Büchern festgesetzten Norm als Krankheit und behandelt den Unterleib; man überläßt die Patienten der Polizei und den Gerichten, d. h. den ungeeignetsten Instanzen zur psychischen Behandlung; man nimmt sie ernst und läßt sie Vereine gründen gegen irgend einen, von ihnen oder von anderen entdeckten Krebsschaden der Gesellschaft, und man macht noch vieles andere mit ihnen, was man besser nicht täte.

Ganz wird man solche Vorkommnisse niemals verhindern können. Aber sehr beträchtlich reduzieren kann man sie, wenn man etwas mehr an die Möglichkeit des Bestehens einer leichten Schizophrenie denkt und die Zeichen der Krankheit erkennen lernt.

In gewissen Fällen bilden gemütliche Erregungen ein Reagens auf die Krankheit, das latente Symptome manifest macht; gibt es doch Patienten, welche nur in solchen Zuständen den krankhaften Ideengang, die Gemütsstörung, Neologismen und dergleichen zeigen. — Auch der Alkohol erweist sich manchmal als ein solches Mittel; er kann typisch schizophrene Aufregungen provozieren, die unter Umständen die Alkoholintoxikation lange überdauern. Die beiden Reagentien wirken aber nicht in allen Fällen und sind zudem aus verschiedenen Gründen zum Experimentieren nicht zu empfehlen.

Dennoch sind wir nicht so schlimm daran, wie es nach dem Ausspruch Kraepelins scheinen möchte, der sagt (388, II. Bd., S. 271), daß es kein einziges Krankheitszeichen gebe, das für die Differentialdiagnose ausschlaggebend wäre. Die früher beschriebene Assoziationsstörung und auch wohl die Art der Halluzinationen ist charakteristisch und genügend zu einer positiven Diagnose; auch eine allgemeine Gefühlseinklemmung hat diesen Wert.

Immerhin muß betont werden, daß die Erfahrung von ein bis zwei Jahrzehnten und von verhältnismäßig wenigen Beobachtern

noch nicht genügt, um sich überall mit absoluter Sicherheit auszusprechen. Das eine oder andere Symptom, das wir jetzt nur der Schizophrenie zuschreiben, kann möglicherweise eines Tages auch als seltene Begleiterscheinung anderer Krankheiten auftreten[1]). Wir kennen ferner noch gar nicht alle Psychosen, so daß eine Abgrenzung der Schizophrenie in der Richtung gegen unbekannte Symptomenkomplexe nur einen ganz einseitigen und zugleich provisorischen Charakter haben kann. Durch diesen Generalvorbehalt sind unsere diagnostischen Auseinandersetzungen, die sich auf den jetzigen Stand des Wissens beziehen müssen, einzuschränken.

Verschmäht man es nicht, mit bloßen Wahrscheinlichkeiten zu rechnen, so kann als Regel gelten, daß die zweifelhaften Fälle sich in der großen Mehrzahl als Schizophrenien entpuppen, wenn man sie längere Jahre verfolgen kann.

Die Anamnese gibt in vielen Fällen so gute Anhaltspunkte für die Diagnose, daß man aus dem Berichte der Verwandten die Schizophrenie mit Sicherheit zu erkennen imstande ist. Das Verhalten vieler unserer Kranken ist ja so charakteristisch, daß es auch von Laien genügend beschrieben werden kann.

Wichtig sind die Veränderungen des Charakters. Ein junger Mann, der „anders" geworden ist, ist in den meisten Fällen geisteskrank, und zwar am häufigsten hebephren[2]).

Wie stark ausgesprochen die einzelnen Symptome sein müssen, um die Diagnose der Schizophrenie zu erlauben, ist kaum zu beschreiben. Wir haben ja kein objektives Maß für Grade der komplizierten psychischen Vorgänge. Da kann nur Erfahrung und vor allem genaue Erwägung der begleitenden Umstände entscheiden. Erlaubt die Stärke eines Symptoms die Diagnose der Geisteskrankheit im allgemeinen, so kann man es, wenn es spezifische Bedeutung hat, gewöhnlich auch zur Abgrenzung der speziellen Psychose benutzen.

B. Die differential-diagnostische Bedeutung der einzelnen Symptome.

Von den intellektuellen Symptomen gehören Störungen der Wahrnehmung, der Orientierung und des Gedächtnisses in dem früher genauer

---

[1]) Das wird namentlich der Fall bei manchen Symptomen sein, die zurzeit gar nicht notwendig zum Begriff der Schizophrenie gehören, bei ihr indessen häufig vorkommen, nicht aber bei anderen Psychosen. Es ist ja nicht auszuschließen, daß wir einmal einen Nichtschizophrenen finden mit vorwiegenden Gehörs- und Organhalluzinationen, und einen besonnenen Schizophrenen mit vorwiegenden Gesichts- und Tasthalluzinationen. Bis jetzt kennen wir allerdings nur umgekehrte Erfahrungen.

[2]) Nicht anders geworden ist aber ein Schwächling, wenn er in einer neuen Umgebung zu lumpen anfängt, nachdem er unter den Fittigen der Eltern sich musterhaft aufgeführt hat, oder wenn er die umgekehrte Wandlung durchmacht. Eine Veränderung im Charakter ist es ebenfalls nicht, wenn in einem Menschen von zwei Trieben, die sich bekämpfen, je nach inneren oder äußeren Umständen zuerst einmal der eine und dann der andere die Oberhand gewinnt, was als Bekehrung oder als eklatanter Abfall vom Guten in die Erscheinung tritt. Hütet man sich vor solchen Mißverständnissen, so gibt die Charakteränderung sehr wichtige Fingerzeige.

definierten Sinne niemals zur Schizophrenie; sie beweisen also das Bestehen einer anderen Psychose, schließen aber die Schizophrenie nicht aus.

Dagegen ist ausgesprochene schizophrene Assoziationsstörung allein zur Diagnose ausreichend.

Die Sperrungen sind bei Gesunden und anderen Nichtschizophrenen vorübergehend und haben immer bestimmte Gründe, die man herausfinden kann. Bei Schizophrenen charakterisieren sie sich meist als unüberwindliche; ihre psychologische Wurzel ist oft nicht leicht aufzudecken, und sie verallgemeinern sich gerne, d. h. man findet sie auch außerhalb des Zusammenhanges mit den Komplexen. Immerhin ist es manchmal unmöglich, eine hysterische Sperrung in einem gegebenen Moment von der schizophrenen zu unterscheiden. Ferner darf man den Emotionsstupor, der besonders bei Imbezillen wochenlang andauern kann, nicht mit dem pathologischen Symptom verwechseln.

Die systematischen Spaltungen, die z. B. die Persönlichkeit betreffen, finden sich in vielen psychotischen Zuständen; bei Hysterischen noch viel ausgesprochener als in der Schizophrenie (mehrfache Persönlichkeiten). Deutliche Spaltung aber in dem Sinne, daß die verschiedenen Bruchstücke der Person bei guter Orientierung in der Umgebung nebeneinander existieren, wird sich wohl nur bei unserer Krankheit finden.

Der Autismus an sich kann nicht zur Diagnose benutzt werden, da er namentlich in hysterischen Traumzuständen vorkommt, aber auch in gewisser Beziehung z. B. die Wahnideen der Paralyse beherrscht. In den nicht schizophrenen Fällen sieht das Symptom zwar anders aus, es ist aber schwer, die Unterschiede zu beschreiben. Die Epileptischen und Organischen ziehen sich einfach auf sich selbst zurück, wenn sie ein Verhalten annehmen, das dem autistischen ähnlich ist, während die Schizophrenen sich in Gegensatz und Widerspruch mit der Wirklichkeit setzen. Auch ist bei den Nichtschizophrenen die Absperrung nach außen eine viel weniger vollständige; sie kümmern sich zwar unter Umständen nicht aktiv um die Wirklichkeit, kommen aber sofort in Rapport mit derselben, wenn man sie z. B. anredet.

Die Unklarheit der Begriffe ist Teilerscheinung auch anderer Krankheiten; wenn sie aber so weit geht, daß bei voller Besonnenheit verschiedene Personen oder verschiedene Dinge identifiziert werden, dann darf man mit Sicherheit Schizophrenie annehmen. Auch der Transitivismus kann etwa bei Nichtschizophrenen angetroffen werden, aber wohl nur bei getrübtem Bewußtsein. Einzelne Neologismen sind nicht für die Diagnose zu verwerten (Epilepsie!); wer aber einen wesentlichen Teil seiner Gedanken in neuen Wörtern ausdrückt, ist schizophren. Ein Maniakus kann in einer selbstgemachten Sprache reden, zum Scherz, er denkt nicht daran, sich damit zu verständigen; der Schizophrene spricht seine „Kunstsprache" im gleichen Sinne wie wir unser gewohntes Idiom, kümmert sich aber nicht darum, daß man sie nicht versteht.

Der Mangel an Diskussionsfähigkeit kommt in der gleichen Weise wie bei der Schizophrenie nirgends vor. Auch da, wo unsere Kranken sich auf Diskussionen über ihre falschen Auffassungen einlassen, findet man neben richtig oder doch mit gewandter Rabulistik verteidigten Gedankengebieten regelmäßig solche, wo die Sache einfach „so ist", wie die Kranken sagen, oder wo ganz unsinnige Deduktionen gemacht werden. Der Schizophrene kann Tat-

sachen, die zu seinen Affekten nicht passen, abspalten; der Eigensinnige wird sie meist nur ignorieren.

Das Auftauchen abrupter Ideen, namentlich wenn sie zugleich unsinnig sind oder im Widerspruch zu der sonstigen Persönlichkeit stehen, ist ein ziemlich sicheres Zeichen der Schizophrenie.

Nicht zu verkennen ist oft die schizophrene Form der Aufmerksamkeit, wobei trotz voller Interesselosigkeit die passive Registrierung aller Vorkommnisse tadellos funktioniert. Ich habe ein solches Verhalten nur bei Schizophrenie gesehen.

Bei den Halluzinationen ist wichtig ihre Vorliebe für Gehör und Körperempfindungen (cave: neuritische Erscheinungen, die Körperhalluzinationen vortäuschen können[1]). Wo physikalischer Verfolgungswahn und Gehörshalluzinationen das Bild dauernd beherrschen, ist wohl immer auf Schizophrenie zu schließen. Gedankenlautwerden kommt höchst selten bei anderen Psychosen vor. Charakteristisch ist auch wohl die Absperrung der Halluzinationen vom realistischen Bewußtseinsinhalt.

Die schizophrenen Halluzinationen haben gewiß noch manche andere charakteristische Eigentümlichkeit. Ich wage aber nicht, sie herauszugreifen, weil wir die anderen halluzinatorischen Psychosen zu wenig kennen.

Die Wahnideen kennzeichnen sich oft schon durch ihren Inhalt als schizophrene. Das Unsinnige, Unausgedachte, Abgerissene derselben läßt sich nicht verkennen. Doch kommen bei organischen Krankheiten oft ähnliche Wahnideen vor, deren Unterschiede nicht recht zu beschreiben sind (z. B. die hypochondrischen bei depressiver Paralyse). Am meisten charakteristisch für Schizophrenie ist es, wenn die Wahnideen gar nicht ausgedacht werden, wenn sie im größten Widerspruch mit der einfachsten Wirklichkeit stehen und doch bei anscheinend klarem Bewußtsein geäußert werden. Wer bei voller Besonnenheit andauernd ganz unlogische Verfolgungsideen produziert, ist wohl immer ein Schizophrene; kommen die charakteristischen Halluzinationen dazu, so ist die Diagnose sicher.

Inhaltlich ist nahezu pathognomonisch die Wahnidee, daß jedermann schon alles wisse, was der Patient denkt.

Die schizophrene Para- und Afunktion der Affektivität ist ein ausschlaggebendes Zeichen unserer Psychose, wenn es gelingt, sie von anderen Arten der Gleichgültigkeit zu unterscheiden. Anhaltende Gleichgültigkeit gegen die vitalsten Interessen ist schizophren, auch wenn weniger bedeutende Themata ganz normal gefühlsbetont sind. Da die Menschen verschiedene Mittelstellungen ihrer Affektivität haben, wird man auf eine kleine Abweichung der Stimmung in der Richtung der Gleichgültigkeit weniger als auf den Mangel an Modulationsfähigkeit derselben achten. Bleibt der Patient qualitativ und quantitativ starr bei den gleichen Gefühlen, auch wenn er auf verschiedenwertige Ideen eingeht, so spricht das für Schizophrenie. Doch kann in leichteren Fällen dieses Symptom auch fehlen oder mit der Indifferenz der Hysterischen Ähnlichkeit bekommen.

---

[1]) Ferner kommen bei organisch Geisteskranken zuweilen ähnliche Mißempfindungen vor, die sich aber meist als falsch gedeutete Parästhesien erkennen lassen. Jedenfalls haben sie daselbst ganz anderen Charakter als bei der Schizophrenie. Vergleiche indessen: Sérieux, Ann. méd.-psych. 1902. Sept. Oct. Ferner die Körperhalluzinationen in der Aura von Epileptikern.

Ein besonders wichtiges und oft sehr frühes Zeichen ist das unmotivierte affektlose Lachen. Man wird es nicht leicht mit dem Lachkrampf Nervöser verwechseln.

Die katatonen Symptome gehören bekanntlich nicht bloß der Schizophrenie an. Wenigstens ist es noch unmöglich, sie immer von ähnlichen Zuständen, namentlich bei den organischen Psychosen, zu unterscheiden. Zeigen sie sich aber ausgesprochen und in der Mehrzahl, so ist Schizophrenie anzunehmen.

Die biegsame Katalepsie treffen wir außerhalb der Katatonie bei organischen Krankheiten, dann vor allem bei der Epilepsie, hier aber meist im Anschluß an Anfälle, ferner zuweilen bei der Hysterie und vielleicht bei Fieberpsychosen, sicher in fieberhaften Krankheiten der Kinder. Die starre Form der Katalepsie kommt öfter bei organischen Gehirnkrankheiten aller Art und bei Epilepsie vor. Hier ist aber die Starre meist unabhängig von Versuchen passiver Bewegung, die ja bei Schizophrenie den Muskeltonus meistens erst provozieren oder verstärken.

Die übrigen Formen von Befehlsautomatie können wahrscheinlich in den verschiedenen willenlosen Zuständen Nichtschizophrener erscheinen. Vielleicht auch die Echopraxie, wenn sie auch außerhalb der Schizophrenie bei uns sehr selten ist. In der Form der Echolalie treffen wir sie mit etwas anderer psychologischer Begründung bei Herderkrankungen des Gehirns nicht selten.

Den Negativismus kann man praktisch noch nicht immer abgrenzen gegen andere Formen von Ablehnung. Gesunde und Kranke aller Art werden abweisend bei bloßer unangenehmer Stimmungslage. Ist die letztere gemischt mit unklarer Auffassung der Umgebung, wie es so oft bei Epileptikern und Organischen vorkommt, so kann sie sehr leicht Negativismus vortäuschen. Das bloße Widerstreben ängstlicher Kranker dagegen hat den Charakter von Flucht- und Schutzbewegungen, es ist beeinflußbar durch das Benehmen des Arztes, manchmal durch freundlichen Zuspruch. Beim Schizophrenen fehlen diese Zeichen, und namentlich ist hier auffallend die kontrastierende Gleichgültigkeit, mit der er oft wirkliche Angriffe erträgt. Weniger scharf läßt sich die einfache feindliche Auffassung der Umgebung vom Negativismus unterscheiden, da eben die feindliche Gegenüberstellung der Außenwelt überhaupt eine Wurzel des Negativismus bildet. Der Negativismus kann auch neben einer solchen Verkennung und unabhängig von ihr bestehen; dann ist es oft nicht leicht, die beiden Faktoren auseinander zu halten. Die blinde, diskussionsunfähige Ablehnung kommt indes sehr selten bei anderen attenten Kranken als den Schizophrenen vor. Dafür darf nicht aus den Augen gelassen werden, daß auch der echte Negativismus kein allgemeiner zu sein braucht, sondern sich nur unter bestimmten Umständen oder gegenüber bestimmten Personen zeigen oder umgekehrt verbergen kann. — Vom Eigensinn, der ja auch auf einer Art übertriebenem Autismus beruht, unterscheidet sich der Negativismus dadurch, daß er ein allgemeines Symptom ist, und daß er in den meisten Äußerungen dem normalen Fühlen ganz unverständlich bleibt.

Die Stereotypien sind bei Schizophrenen am häufigsten, fehlen aber auch bei anderen Kranken — und bei Normalen — nicht. Das Sinnlose, den Gedanken und Gefühlen des Patienten nicht Entsprechende läßt aber meist die katatonen Stereotypien von den anderen unterscheiden. Die Verbigeration ist,

wenn man nur an die Möglichkeit dieser verschiedenen Symptome denkt, meist leicht von der Gedankenarmut und der Perseveration (bei Organischen) zu unterscheiden, die beide Wortwiederholungen verursachen. Am häufigsten geben Stereotypien der Haltung bei Paralytikern Anlaß zu Verwechslung mit katatonen Symptomen.

Auch bei den „Manieren" ist auf das Übertriebene, den Umständen Unangepaßte zu achten. Sie kommen ja bei Gesunden und Geisteskranken in gewissen Graden nicht selten vor. Von Ticks wird man sie meist leicht unterscheiden, wenn man einmal darauf aufmerksam ist. Sind die Manieren sehr ausgesprochen, so bilden sie ein wichtiges Unterscheidungszeichen gegenüber anderen Krankheiten.

Der Stupor, der auch bei organischen Hirnkrankheiten, manisch-depressivem Irresein, Epilepsie, Hysterie vorkommt, ist als solcher nur dann für die Diagnose zu verwerten, wenn man eine schizophrene Genese desselben (Sperrung, Autismus usw.) nachweisen oder ausschließen kann. Ferner wird ein Stupor, bei dem der Kranke besonnen erscheint und die Umgebung gut beobachtet, wohl immer ein schizophrener sein. Wichtig ist auch die Beobachtung von Groß, der bei keinem seiner katatonischen Stuporösen Störung der Auffassung oder motorische Hemmung gefunden hat.

Von motorischen Symptomen können die tiefen Reflexe, die regelmäßig erhöht sind, die Diagnose stützen, namentlich das Fazialisphänomen ist bei Gesunden und manchen anderen Psychosen selten[1]).

Auch die idiomuskuläre Erregbarkeit wäre zu prüfen.

Nach Ziehen (840, S. 347/348) besteht bei Melancholia attonita allgemeine Spannung zum Unterschiede von der Erschlaffung bei der Melancholia passiva. Auch Gaupp (255) findet bei katatonischem Stupor eher Spannung als bei anderen Krankheiten.

Parästhesien: Kahlbaum (S. 52) meint, Hinterkopfschmerz sei bei Katatonie häufig, bei anderen Geisteskrankheiten selten, andere Kopfschmerzen verhalten sich umgekehrt. Ich konnte bis jetzt in den Parästhesien nichts sicher Charakteristisches sehen. Natürlich sind sie meist schizophren, wenn sie von anderen „gemacht" sind.

Hier mag auch die geringe muskuläre wie psychische Ermüdbarkeit vieler Schizophrenen Erwähnung finden (vgl. auch Katalepsie!) Sie kann z. B. gegenüber den organischen Psychosen von Bedeutung werden (Ziehen, 846).

Von anderen körperlichen Symptomen sind zu erwähnen die Störungen der Pupillenreaktion. Abnorm weite Pupillen ohne erkennbare Ursache in Aufregungszuständen deuten fast immer auf Katatonie, sind z. B. bei einfacher Manie sehr selten[2]).

Die Ödeme sind natürlich nur dann als Zeichen der Schizophrenie anzusehen, wenn eine andere Ursache ausgeschlossen ist; vielleicht läßt sich auch

---

[1]) Dunton Will. Rush sagt, wenn man die Kranken mit einem Perkussionshammer leicht über die Wange vor dem Ohr streiche, so erfolgen Bewegungen im Orbicularis palpebrarum, namentlich in frischen Fällen. Ich weiß nicht, ob diesem Hautreflex eine diagnostische Bedeutung zukommt.

[2]) Die Bedeutung der anderen Pupillenanomalien siehe unten. Differentialdiagnose gegen die Paralyse.

das Unelastische derselben bei geringer Wegdrückbarkeit der Flüssigkeit für die Diagnose verwerten.

Die Stoffwechseluntersuchungen (Harnformel usw.) lassen sich (noch) nicht diagnostisch benutzen. Einen gewissen Wert hat es einzig, zu wissen, daß große Schwankungen des Körpergewichtes ohne erkennbare Ursache am häufigsten bei unserer Krankheit vorkommen, sowie, daß Steigen des Ernährungszustandes ohne psychische Besserung bei einem akuten Anfall mit großer Wahrscheinlichkeit für Schizophrenie spricht.

Auch die Anomalien der Magensaftsekretion (Pilcz) bedürfen noch sehr der weiteren Untersuchung an größerem Material, bevor sie zu diagnostischen Schlüssen verwendbar sind.

In den akuten Anfällen der verschiedensten Art macht man die Diagnose aus dem Vorhandensein der spezifischen schizophrenen Symptome. Dem Erfahrnen kann allerdings der Gesamteindruck oft die Diagnose der Schizophrenie ohneweiters erlauben; die Krankheit ist ja so häufig, daß das Risiko bei einiger Vorsicht ein sehr kleines ist. Doch beraubt man sich bei solchen Diagnosen der Möglichkeit der rechtzeitigen Entdeckung der selteneren Aufregungszustände, die noch nicht in den Rahmen einer unserer bekannten Krankheiten passen; und volle Sicherheit gewinnt man nur durch den Nachweis ausschlaggebender Symptome. Die plötzlichen Remissionen mitten in einem akuten Anfall, in denen der Kranke trotz vorhandener Erinnerung tut, wie wenn nichts geschehen wäre, habe ich bis jetzt nur bei Schizophrenie gesehen. — Die Benommenheitszustände sind natürlich schwer zu untersuchen; sie sind schizophren, wenn man nachweisen kann, daß der Grad dessen, was wir Benommenheit nennen, in keinem Verhältnis steht zu der eigentlichen Denkbehinderung, indem die Kranken doch alles beachten und registrieren.

Negativ pathognomonische Zeichen, welche das Vorhandensein von Schizophrenie ausschließen würden, gibt es nicht. Man hat die Beeinflußbarkeit einer Krankheit auf psychischem Wege als ein solches Zeichen ansehen wollen (Specht [732, S. 554] und Gaupp). Wir sehen aber sehr häufig, daß auch das, was wir schizophrene Verblödung nennen, in hohem Grade durch psychische Einflüsse gebessert oder verschlimmert wird.

Sind Zeichen einer andern Psychose, z. B. einer Paralyse vorhanden, so wird man aus praktischen Gründen die Diagnose der Schizophrenie meist fallen lassen. Dagegen ist damit niemals der Beweis geleistet, daß nicht neben der organischen Gehirnkrankheit noch eine Dementia praecox bestehe. Können wir doch bei niemandem eine latente Schizophrenie ausschließen, so wenig wie eine latente Lungentuberkulose.

C. Die Differentialdiagnose.

Hier sollen nur die speziellen Schwierigkeiten und Unterscheidungszeichen gegenüber den anderen Krankheiten berührt werden. Sind die früher erwähnten allgemeinen Zeichen einer Schizophrenie in genügender Ausprägung vorhanden, so versteht sich die Diagnose von selbst.

Zur Zeit ist es leider noch nicht möglich, die Differentialdiagnose der Schizophrenie zu besprechen, ohne auf die Symptomatologie der anderen Psychosen

einzugehen, bei deren Beschreibung oft gerade das, worauf es hier ankommt, ungenügend berücksichtigt wird.

a) Die symptomatologische Unterscheidung der Schizophrenie vom *manisch-depressiven* Irresein kann nur an Hand der spezifischen schizophrenen Symptome geschehen; *was beim manisch-depressiven Irresein beobachtet ist, kann auch bei unserer Krankheit vorkommen; entscheidend ist nur das Vorhandensein oder Fehlen schizophrener Symptome.* Eine manische Exaltation, eine melancholische Depression und auch ein Wechsel beider Zustände bedeutet also für die Diagnose noch nichts. Erst wenn eine genügende Beobachtung nichts Schizophrenes ergeben hat, darf man auf manisch-depressives Irresein schließen.

Die Affektstörung gilt von jeher als das wichtigste Unterscheidungszeichen der „Verblödungen". Beim manisch-depressiven Irresein sind die Affekte kräftig und ganz klar, bei ausgesprochener Schizophrenie aber undeutlich und oft geradezu undefinierbar oder fehlend. Ihr Mangel ist namentlich dann auffallend, wenn gleichzeitig der Inhalt der Reden Größenwahn oder Verzweiflung ausdrückt. Besonders zu achten ist auf die *Modulationsfähigkeit.* Der Manische und in gewissem Sinne auch der Melancholische ist auf ein abnormes Niveau seiner Affektivität eingestellt, ohne die Fähigkeit verloren zu haben, seine Stimmung allen Nuancen des Gedankeninhaltes anzupassen. Beim Schizophrenen aber hat auch eine ausgesprochene Affektlage etwas Starres, Unbewegliches; und treten Änderungen der Stimmung ein, so scheinen sie oft unmotiviert, nicht dem Vorstellungsinhalt parallel gehend.

So lassen sich die Zornausbrüche des Manischen gewöhnlich auf normale Motive zurückführen; er ärgert sich über die Beschränkung, über eine abgeschlagene Bitte u. dgl. Der manische Schizophrene hat oft Wutausbrüche, deren Auslösung gar nicht motiviert oder doch qualitativ unbegründet erscheint.

Ein besonders wichtiges Zeichen ist das *Fehlen der Einheitlichkeit der Stimmung,* Einheitlichkeit nicht im zeitlichen Sinne, sondern insofern, als die verschiedenen psychischen Äußerungen nicht zusammenpassen. Wenn Inhalt und Ausdruck einer Rede im Widerspruch zueinander stehen, wenn im nämlichen Satz Worte und Gedanken vorkommen, die verschiedenen Stimmungen oder verschiedenen Nuancen entsprechen, gleichgültige Ausdrücke neben übertrieben gehobenen oder verzweifelten, wenn die Mimik selbst so dissoziiert wird, daß z. B. der obere Teil des Gesichtes einen andern Affekt ausdrückt als der untere, dann handelt es sich nicht um manisch-depressives Irresein. Fröhlich, ängstlich, gehoben und deprimiert kann der Schizophrene nicht nur rasch nacheinander, sondern geradezu gleichzeitig sein. Er kann auch trotz starker gehobener oder ängstlicher Erregung normal lang und tief schlafen. Alles das sind Unterschiede gegenüber dem Manischen.

Die gleichgültige Euphorie vieler Schizophrenen darf nicht mit der gehobenen Stimmung der Manischen verwechselt werden.

Außer den oben genannten Zeichen dient oft zur Unterscheidung der schizophrene Mangel an Aktivität, der auch dann auffällt, wenn eine eigentliche manische Stimmung die Grundkrankheit kompliziert. Ein manischer Zustand, der nicht einen der Stimmung entsprechenden Beschäftigungsdrang hat, ist in der Regel ein symptomatischer und am häufigsten ein schizophrener.

Überhaupt ist der Beschäftigungsdrang eines der kaum fehlenden Zeichen der Manie (abgesehen von den Weygandtschen „Mischfällen"), während wir davon bei den Erregungen der Dementia praecox sehr wenig sehen. Schon Brosius hat auf das auffallende Verhalten des Verblödenden aufmerksam gemacht, der nach einer Zerstörungsszene untätig unter den Scherben stehen bleibt, während der Manische das Abbruchmaterial eifrig zu verwenden bestrebt ist. Nur beim Schizophrenen erscheint das beständige Herumklettern, Herumturnen und Zerstören ganz sinnlos. Beim Maniakus wissen wir in der Regel, was er sich dabei denkt.

Wernicke (804, S. 378) macht auch auf das Mißverhältnis zwischen Rededrang und Beschäftigungsdrang bei seiner hyperkinetischen Motilitätspsychose aufmerksam. Bei der Manie soll der Rededrang überwiegen, bei der Motilitätspsychose soll oft neben starkem Bewegungsdrang geringe Sprechlust bis zum Mutismus vorkommen. Letzteres ist richtig, doch gibt es auch Manien, die spontan nicht viel reden. Der Unterschied läßt sich viel richtiger nach Kraepelin ausdrücken, wenn man sagt, die erregten Schizophrenen setzen sich zu wenig in Beziehung zu ihrer Umgebung; sie zeigen überhaupt eine auffallende Unabhängigkeit von den Eindrücken der Umgebung; „der Bewegungsdrang trägt die Kennzeichen des Zwangsmäßigen und Einförmigen, ist durchaus ziellos, wird nicht durch äußere Einwirkungen beeinflußt; vielfach fällt die gezierte Ausführung gewisser Handlungen auf" (Kraepelin, A. Zeitschr. f. Psych., 99, S. 255).

Die Kranken reden mit der Umgebung wenig, auch dann, wenn sie viel sprechen. Die Anregung zum Sprechen sowie der Inhalt kommt größtenteils autistisch von innen heraus. Manische Schizophrene können sogar andauernd die Augen geschlossen halten, nicht nur auf der Abteilung, sondern z. B. während des größten Teiles einer klinischen Vorstellung. So ist es mir nicht verständlich, wie Wernicke die ausgesprochene Hypermetamorphose als Unterscheidungszeichen der hyperkinetischen Motilitätspsychose von der Manie hinstellt (eod. l.). Übertriebene Ablenkbarkeit kann bei der katatonen Erregung vorhanden sein, aber sie ist selten so groß wie bei der Manie und meist geringer als bei dieser; noch häufiger treffen wir geradezu das Gegenteil, eine pathologische Hypovigilität.

Daß die manische Ideenflucht nicht verwechselt werden darf mit der schizophrenen Inkohärenz, und daß bei manischen Anfällen der Schizophrenie beide Störungen zugleich vorkommen, ist selbstverständlich. Wichtig ist dabei zu wissen, daß die Ideenflucht nicht bis zu einer Lockerung der gewöhnlichen Begriffe und zu einer eigentlichen Fälschung der logischen Funktionen gehen kann. Der Manische sieht nicht eine Person zugleich für männlich und weiblich an und gibt nicht im Ernst ganz zufälligen Assoziationen einen kausalen oder anderen logischen Zusammenhang, der ihnen nicht gebührt.

Die Unterscheidung der Ideenflucht von der Inkohärenz der Schizophrenie ist nicht immer auf den ersten Blick zu machen, da beide Anomalien etwas Zielloses haben. Zu beachten ist, daß der Ideenflucht die Direktive eigentlich nicht fehlt, sondern daß sie alle Augenblicke wechselt. Da bei den Gedankensprüngen der Schizophrenie nicht alle Fäden reißen müssen, haben wir bei dieser Störung oft Assoziationen, die den oberflächlichen, klanglichen und motorischen der Ideenflucht an die Seite zu stellen sind, im einzelnen Falle mit ihnen identisch sein können. Es ist aber doch die Diagnose in den meisten Fällen an verhältnismäßig wenig Material zu machen, weil den schizophrenen Assoziationen viel mehr Leitfäden fehlen können

als den manischen. Daher bei ihnen das Bizarre, das skrupellos Unsinnige, während die Ideenflucht Assoziationen zum Vorschein bringt, die auch dem Normalen nicht nur verständlich sind, sondern bei ihm wirklich häufig vorkommen, aber dann gewöhnlich unterdrückt werden (Reime, Wortergänzungen). So werden Assoziationen wie Absicht — in der Nacht sieht man nichts; Bitte — Bidet; Ziegelboden — Zigeuner; Schuh — Schönheit, bei Manischen nur unter ganz speziellen Konstellatione möglich sein.

Auch an sich normale oder nur ideenflüchtige Assoziationen werden bizarr durch die Verwendung in Sätzen, die unsinnig erscheinen und weder im Ausdruck noch in den Gefühlen eine einheitliche Stimmung zeigen.

„Helft mir einen Weihnachtsbaum der Welt am 25. crt. anzünden; ich darf ihn mit eurer Hilfe mit einer kleinen Glocke durch meine Mutter anzünden und rüsten helfen, ich darf ein Kindertrompetchen blasen, mein modernes Testament ohne Geld."

In diesem Beispiel sind alle Assoziationen noch gut verständlich; ihre Zusammenfügung zu Sätzen ist aber eine deutlich schizophrene, nicht nur wegen des Unsinnes, daß Patient den Baum mit der Glocke anzünden will, sondern auch u. a., weil er in den feierlichen Ton das geschäftliche „25 currentis" hineinbringt.

Während der Manische seine Erregung weder in der Sprache noch in der Schrift verbergen kann, ist der Schizophrene zerfahren auch ohne Erregung: er allein kann einen äußerlich tadellosen, dreißig Seiten langen Brief voll unzusammenhängenden Unsinns schreiben; nur bei dieser Krankheit kann man bei sonst unsinniger Aufführung einen fehlerlosen Strumpf stricken.

Der Unterschied zwischen Schizophrenie und Manie zeigt sich u. a. auch in den Erklärungen der Kranken für ihr Verhalten. Die Manischen machen sich und anderen oft hinterdrein ihre Aufführung ganz plausibel: Die Wärter waren zu grob gegen sie, darum haben sie demoliert usw. Die Schizophrenen haben ihre früher beschriebenen sinnlosen Ausreden: Sie schlugen eine Scheibe ein, weil man sie nicht nach Hause läßt, oder weil der Wärter eine Schürze trägt, oder sie haben gar kein Bedürfnis, Begründungen zu finden.

Bei manisch-depressiven Mischzuständen wiederholen sich die Kranken trotz deutlicher Zeichen von Ideenflucht manchmal in geradezu ermüdender Weise, oder sie bilden endlose Reihen von ähnlichen Ideen (Namen, Ortschaften usw.). Diese Erscheinung ist bei einiger Aufmerksamkeit nicht zu verwechseln mit der Verbigeration, bei der gar nicht beabsichtigt wird, etwas zu sagen. — Kehren die Kranken beständig auf frühere Ideen zurück, ohne daß ein Interesse dieses Verhalten erklärte, so handelt es sich in der Regel nicht um Manie.

Eigentliche mittelbare Assoziationen spielen bei der Manie der Manisch-Depressiven kaum je eine auffallende Rolle, während sie bei der Schizophrenie recht häufig sind.

Ein weiteres wichtiges Zeichen der Schizophrenie ist die Bedeutung, die die abnormen Assoziationen für den Kranken bekommen. Während der Ideenflüchtige mit seinen Reimen und Assonanzen spielt, werden die bizarren Assoziationen des Schizophrenen inhaltlich verwertet und haben für ihn oft Wahrheitswert: Das F. L. auf dem Tischtuch in Verbindung mit dem Oval des Tisches erinnert nicht nur die Hebephrene an das Wort „folle", sondern es sagt ihr, sie sei „folle". Kein Manischer, der an einen „wonnigen Gruß" dächte und dem noch auf „wonnig" die sonderbare Assoziation „wenig" käme, wäre

imstande, den letzteren Einfall am Schlusse eines Briefes zu verwerten in der Form „mit wonnigem Gruß an wenige Euer Ad.“. Ebenso verwerten nur die Schizophrenen die zufälligen, von außen gegebenen Verbindungen in logisch falscher Weise. Der Manische nimmt zwar alle möglichen zufälligen Vorkommnisse in seinen Ideengang auf, namentlich läßt er diesen durch äußere Wahrnehmungen ganz ablenken, die Oberflächlichkeit kann dabei bis zur Sinnlosigkeit gehen, sie wird aber nicht zum vollen Widersinn.

Dagegen ist die Fesselung durch äußere Eindrücke, das Benennen, die Bannung eine Anomalie, die der Schizophrenie — niemals aber der Ideenflucht angehört.

Gehen die schizophrene und die manische Assoziationsstörung bis zu vollständiger Verwirrtheit, so kann es für kurze Zeit unmöglich sein, sie zu unterscheiden.

Die experimentellen Assoziationen der Schizophrenie haben wir im Abschnitt über die Symptomatologie charakterisiert; ich möchte hier gegenüber der flotten Reaktion der Manischen nur noch auf die so häufigen unregelmäßigen und langen Zeiten der Schizophrenen aufmerksam machen.

Mit Beziehung auf das Assoziationsexperiment sagt Isserlin (342): „Finden wir regelmäßig trotz langer Reaktionszeiten ein Bemühen, dem Sinne des Reizwortes gerecht zu werden, so werden wir auch bei mäßigem Vorstellungswechsel und nicht sehr tiefem Affekt nicht zweifeln, die Diagnose Depression des manisch-depressiven Irreseins zu stellen.“ Er wird für die meisten Fälle recht haben. — Schon unzuverlässiger wird das Kriterium Pfersdorffs sein, daß neue Einstellung auf jedes neue Reizwort für manisch-depressives Irresein spreche. Es gibt doch viele leichtere Schizophrene, die sogar bei etwas stuporösem Benehmen imstande sind, jedem neuen Reiz zu folgen.

Außer den spezifischen Eigentümlichkeiten der schizophrenen Erregungen ist neben der Gespreiztheit, dem Theatralischen des Benehmens gegenüber der reinen Manie namentlich auch die Einförmigkeit der Bewegungen charakteristisch; ferner deren Unverständlichkeit; der Manische handelt, mancher erregte Schizophrene bewegt nur die Glieder.

Die Unterscheidung von Hemmung und Sperrung macht uns die Trennung schizophrener Zustände von den früher mit ihnen verwechselten stuporösen und depressiven Zuständen des manisch-depressiven Irreseins möglich. Die Sperrungen spielen keine Rolle bei den letzteren. Bei der Hemmung allgemeine Erschwerung und Verlangsamung der Bewegungen und des Denkens neben traurigem Affekt; bei der Sperrung Schwankungen in der Kraft und der Schnelligkeit der Bewegungen und des Denkens. Der Gehemmte macht auf Befehl Bewegungen (Hände umeinander drehen, Zählen) langsam, kraftlos, unausgiebig, rasch nachlassend; der Gesperrte gehorcht in ausgesprochenen Fällen zunächst gar nicht; ist aber einmal der Widerstand überwunden, so sind Kraft und Geschwindigkeit meist normal. Bei der Reaktionslosigkeit hochgradig stuporöser Formen beider Krankheiten kann aber die Unterscheidung in seltenen Fällen nahezu unmöglich werden. Dann hilft etwa noch das von Wernicke (804, S. 448) angegebene Zeichen, daß die „Melancholiker“ auch wenn sie nicht antworten, den Fragenden meist noch anblicken, während die Schizophrenen gar kein Zeichen des Verständnisses geben oder geradezu

sich abwenden. Die Sperrung unterscheidet sich von der Hemmung manchmal auch deutlich dadurch, daß sie sofort verschwindet, wenn es möglich wird, die Aufmerksamkeit des Kranken auf ein Thema zu lenken, das seinen Komplexen fern liegt, während die Hemmung sich außer in leichten Fällen auch bei Ablenkung geltend macht.

Gelegentlich wird die Hemmung mit Negativismus verwechselt, doch ist es leicht, sich vor diesem Irrtum zu schützen.

Recht häufig hat die scheinbare „Stumpfheit" der Manisch-Depressiven, die teils als Nachstadium einer Manie, teils als leichte Form der depressiven Phase auftritt, eine „Verblödung" vorgetäuscht. Die restlose Erklärbarkeit des ganzen Syndroms aus leichter Hemmung sollte aber die Diagnose sichern.

Die Wahnsinnszustände des manisch-depressiven Irreseins sind noch oft schwer von der Schizophrenie zu unterscheiden; erst nach längerer und eingehender Beobachtung wird das Nichtauffinden schizophrener Symptome den Ausschlag für die erstere Diagnose geben. Diese Zustände sind aber recht selten, so daß die Wahrscheinlichkeit immer sehr stark für Schizophrenie spricht. Läßt sich eine deutliche Depression oder gehobene Stimmung nicht nachweisen, so ist immer Schizophrenie anzunehmen.

Schuele (675 *a*, S. 312) gibt an, wenn die Sinnestäuschung dem Kranken als etwas Fremdes gegenübertrete, das für ihn über den logischen Wert hinaus eine Mehrbedeutung habe, so handle es sich nicht mehr um Melancholie, sondern um Paranoia (d. h. Schizophrenie in unserem Sinne). Wenn auch das Kriterium nicht immer leicht anzuwenden sein wird, so ist doch damit etwas Richtiges ausgesprochen; es ist eben der abgespaltene Teil der Persönlichkeit, der dem andern die Halluzinationen und deren Deutung aufdrängt.

Nach „Heilung" eines akuten Anfalles stehen die Schizophrenen in der großen Mehrzahl ihren Wahnideen anders gegenüber als die Manisch-Depressiven. Auch wenn sie sie als falsch erkennen, so nehmen sie nicht recht Stellung denselben gegenüber; sie sperren sie ab, gehen nicht darauf ein (vgl. S. 112 und 211).

Kölpin meint, die Erinnerung an einen melancholischen Stupor sei lückenhafter als die an den katatonischen Stupor. Ich kann das Zeichen nicht gelten lassen. Auch in stuporösen Zuständen der Schizophrenie gibt es Dämmerzustände, die totale oder teilweise Amnesie zurücklassen, und an den melancholischen Stupor kann eine ganz gute Erinnerung bleiben.

Ob das Zeichen von Pfersdorff (560, S. 742), daß in den Wahnideen des manisch-depressiven Irreseins Körperabschnitte (Brust, Bauch usw.) figurieren statt eines einzelnen Organes, einen Wert habe, kann ich nicht sagen.

Die Unterschiede des Verlaufes sind selbstverständlich insofern, als die Schizophrenie die Richtung auf eine spezifische Verblödung einschlägt, während die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins normale Zustände oder dann eine gesteigerte Emotivität ohne eigentliche Störungen der Assoziationsfähigkeit und Intelligenz zwischen sich lassen. Geht es bei dem manisch-depressiven Irresein schlimm, so geschieht das in dem Sinne, daß die gesunden Zwischenzeiten immer kürzer werden oder ganz ausfallen. Ausdrücklich sei bemerkt, daß der periodische oder zyklische Verlauf einerseits beim manisch-depressiven Irresein fehlen, anderseits bei der Schizophrenie vorkommen kann. Die große Wahrschein-

lichkeit spricht aber für manisch-depressives Irresein, wenn mehrere Anfälle vorausgegangen sind und man dennoch keine deutlichen Zeichen der Schizophrenie findet.

Diagnostische Anhaltspunkte aus der Heredität zu nehmen, ist bei der noch wenig erforschten Stellung, die die Heredität bei Psychosen einnimmt, und bei der komplizierten Zusammensetzung unserer Abstammung noch kaum möglich.

Kraepelins Melancholie des Rückbildungsalters ist nun wohl dem manisch-depressiven Irresein anzureihen. Es mag hier nur darauf aufmerksam gemacht werden, daß manche Spätkatatonien mit melancholischen Symptomen beginnen, denen sich erst später die deutlichen katatonen Zeichen beimischen. Da ist es immer gut, eine genaue Anamnese zu bekommen, in der namentlich Rücksicht genommen wird auf früher, besonders in der Pubertät, überstandene schizophrene Schübe oder auf das Bestehen eines schizophrenen Charakters; denn es ist nicht gerade häufig, daß in der Rückbildung der erste Anfall der Krankheit auftritt. Ferner darf man nicht vergessen, daß geringe Nachhaltigkeit des Affektes und einzelne Andeutungen von katatonen Symptomen auch eine beginnende Dementia senilis bedeuten können.

Ziehen findet bei seiner Melancholie auch Gedankenlautwerden. Ich glaube doch, daß dieses Symptom mit ziemlicher Sicherheit auf Schizophrenie hinweist. — Es muß auch gegenteiligen Behauptungen gegenüber festgehalten werden, daß akute Verschlimmerung oder Besserung unter dem Einfluß psychischer Momente durchaus nicht gegen Schizophrenie spricht. Im Gegenteil; ich glaube nicht, daß eine Melancholie sich unter psychischen Einflüssen, wie Versetzung in eine andere Anstalt wesentlich bessere (Stelzner, S. 12/13), während die Versetzungsbesserungen bei der Schizophrenie etwas Gewöhnliches sind (Riklin 611).

* * *

b) Die beiden hauptsächlichen organischen Psychosen, die Paralyse und die Dementia senilis, sind insofern leichter von der Schizophrenie zu unterscheiden, als sie positive Symptome haben, die die Diagnose sichern. Die charakteristische Gedächtnisstörung im Sinne des rascheren Vergessens der rezenten Erlebnisse, die frühere und stärkere Schwächung der habituellen gegenüber der maximalen Aufmerksamkeit, die Ermüdbarkeit, die Langsamkeit und Unsicherheit der Wahrnehmung, die Orientierungsstörung, das leichte Anschlagen der qualitativ erhaltenen pathologisch labilen Gefühle, das sind ebenso bekannte als klare Zeichen einer ausgedehnten groben Störung der Hirnrinde. Sie kommen bei nicht komplizierter Schizophrenie nicht vor.

Weniger bekannt und nicht leicht zu beschreiben ist die organische Störung der Assoziationen und, was eigentlich das gleiche ist, der Intelligenz. Wir müssen uns hier auf die Andeutungen beschränken, die notwendig sind zur Differentialdiagnose.

Die Assoziationen des Organischen[1]) sind insofern gestört, als sie an Zahl reduziert sind; das psychische Gesichtsfeld ist verengert. Die auffallendsten Be-

[1]) Die Inkohärenz paralytischer Verwirrtheitszustände und beim (ziellosen?) paralytischen Perorieren kann ich noch nicht positiv charakterisieren.

schränkungen geschehen nach Trieben, oder nach Affekten, was das gleiche ist. Der Paralytiker, der gerne große Geschäfte machen würde, sieht nur noch die guten Chancen, die schlechten existieren für ihn nicht. In späteren Stadien will er sich irgend einen Gegenstand auf seiner Abteilung aneignen; er stiehlt ihn mit vorsichtiger Miene und versteckt ihn sorgfältig unter sein Kleid — vor den Augen der Wärter und seiner Mitpatienten, die in diesem Moment nicht für ihn existieren. Der Greis möchte seinen Geschlechtstrieb befriedigen; er sieht in dem Kinde nur noch das Weib, denkt nicht daran, was alles für moralische Gründe gegen sexuellen Verkehr mit Kindern sprechen, und mißbraucht das erste beste Kind, das ihm begegnet. So leidet namentlich auch die Registrierung von Vorkommnissen, die außer der Aufmerksamkeit des Patienten liegen, und damit die Orientierung.

Ganz anders der Schizophrene. Seine Assoziationen sind auch beschränkt, aber nach Komplexen, die im gegenwärtigen Moment gar nicht aktuell zu sein brauchen. Eine Menge von Gedanken sind abgespalten und gar nicht fähig, mit gewissen anderen in assoziativen Kontakt zu kommen. Außerhalb der gesperrten Bahnen sind die Assoziationen aber frei; es können mehrere Assoziationskomplexe nebeneinander verlaufen. So ist die unbewußte Registrierung eine ganz vorzügliche[1]).

Der Paralytiker guckt die Welt durch ein kleines Loch an; es ist aber möglich, ihm sukzessive fast alle Details zu zeigen; nur bekommt er nie eine Übersicht. Der Schizophrene sieht beliebig große zusammenhängende Stücke, die er potentia alle miteinander verbinden kann, aber in Wirklichkeit oft nicht verbindet. Bei der organischen Wahnidee existiert im gegebenen Moment nur der Komplex (der Wunsch, die Befürchtung), bei der schizophrenen existiert das der Wahnidee Widersprechende auch, aber es wird nicht mit ihr in logische Verbindung gebracht. So kann der senil Demente wie der Schizophrene sich mit irgend einem Frauenzimmer verloben, unbekümmert darum, daß er schon verheiratet ist. Gelingt es aber, ihn an das Hindernis zu erinnern, so faßt der Senile die Situation auf, wenn auch vielleicht nicht in toto; für den Schizophrenen existiert in einem solchen Moment die Schwierigkeit gar nicht, obschon er sie in einem andern Zusammenhang viel richtiger einschätzen kann als der Senile.

Die Spaltung zeigt sich auch in der Art des Sprechens. Wenn der Paralytiker sagt „Morgen kommt meine Frau und holt mich ab", so ist er ganz dabei und freut sich; Widerspruch kann nur von außen kommen. Der Hebephrene wird in den meisten Fällen die gleichen Worte in einem unangenehm behauptenden Ton sprechen; er kämpft merkbar gegen einen Widerspruch, der nicht laut wird.

Die „Apathie" der Organischen, die namentlich bei Senilen, weniger bei Paralytikern, zu beobachten ist, ist eine sekundäre; die Kranken verstehen die Umgebung nicht mehr genügend, um Anteil an ihr zu nehmen; sie verstehen auch die eigene Situation nicht so, daß sie Affektwert für sie haben kann. Bringt man aber den Kranken die nötigen Vorstellungen bei, so sieht man zum Unterschied von den Schizophrenen auch entsprechende Affekte erscheinen.

Überhaupt sind die Organischen gemütliche Leute, mit denen man einen kontinuierlichen Rapport hat, sei er feindlich oder freundlich. So zeigen sie auch

---

1) Die Ausnahmen sind sekundär bedingt (siehe S. 47).

eine übertriebene Beeinflußbarkeit gegenüber jedem, der sie zu nehmen weiß, im großen Gegensatz zu den Schizophrenen.

Auch die Halluzinationen können zur Differentialdiagnose benutzt werden; massenhafte Halluzinationen sprechen mit Wahrscheinlichkeit gegen Paralyse und, wenn sie sich nicht hauptsächlich auf die Nacht beschränken, auch gegen Dementia senilis.

Neben diesen Zeichen einer organischen Krankheit überhaupt hat speziell die Paralyse noch eine Anzahl nur ihr zukommende körperliche Symptome[1]). Die Differenzierung der psychischen Pupillarreaktionen faßt Huebner in folgende Worte: „Fehlen Pupillenunruhe und sensible Reaktion bei erhaltenem oder gar schießendem Lichtreflex und prompter Konvergenzverengerung, so spricht das für Dementia praecox. Fehlt nur die Pupillenunruhe bei noch vorhandenem Lichtreflex und erhaltener sensibler Reaktion, so erweckt das den Verdacht einer organischen Gehirnerkrankung" (314, S. 1044). Die häufigen Pupillendifferenzen bei Schizophrenie sind zum Unterschied von der Paralyse nicht mit Starre, höchstens mit etwas abgeschwächtem Lichtreflex verbunden und wechseln meist rasch, oft im Laufe eines Tages mehrmals, so daß bald die eine, bald die andere weiter ist. Dauernde Differenzen sind wohl meist Komplikationen.

Von größter Wichtigkeit ist der Nachweis von Leukozytose oder Wassermannscher Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit, die auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisen.

Mischfälle von Schizophrenie und Paralyse gelten (wohl nicht ganz mit Recht) als so selten, daß man kaum mit ihnen rechnet. Um so häufiger sind Kombinationen von Dementia senilis mit der Schizophrenie. Namentlich können Spätkatatonien solche Mischfälle sein.

Zu den organischen Psychosen gehört auch der Korsakow. Diese Krankheit wird auf der Höhe niemals mit Schizophrenie verwechselt werden können. Später können schizophrene Symptome auftreten, wir wissen aber — wie früher ausgeführt — noch nicht, ob sie der stillstehenden neuritischen Veränderung im Gehirn oder einer gleichzeitig bestehenden Schizophrenie angehören. Die Differentialdiagnose kann sich deshalb noch nicht mit der Sache beschäftigen.

* * *

Noch ganz im argen liegt die Abtrennung der Schizophrenie von gewissen psychotischen Zuständen, die grobe Hirnherde (Traumen, Tumoren usw.) begleiten und ähnliche Symptome machen. In allen den Fällen, die ich genauer beobachtete, konnte man entweder die Diagnose aus anderen organischen Symptomen machen, oder es fiel wenigstens auf, daß keines der als schizophren zu deutenden Symptome so recht klar war. In einem Falle von Hirntuberkulose, wo wir uns nach langem Zögern aus Mangel an einer andern Diagnose fälschlich für Schizophrenie entschlossen, fiel u. a. die starke Benommenheit mit sehr verlangsamten Reaktionen auf. Leider sind die Fälle zu selten, als daß wir Bestimmteres sagen könnten. Daran zu denken ist, daß die Schizophrenie durch einen Hirnherd kompliziert sein kann.

* * *

[1]) Die ungeschickte Schrift benommener Schizophrenen mit ihren Buchstabenauslassungen und Verdichtungen ist oft an sich nicht von der der Paralytiker zu unterscheiden.

c) Die Unterscheidung von den Idiotien ist in den meisten Fällen eine sehr leichte. Es gibt zwar Leute, die anderer Meinung sind, der am drastischsten Masoin (454) Ausdruck gibt, in dem er die Katatonie als eine Spätidiotie auffaßt und behauptet, ohne Anamnese wäre es oft nicht möglich, einen Hebephreniker im Endstadium von einem Idioten zu unterscheiden. Die ganze Ähnlichkeit der Krankheiten besteht indes nur darin, daß sich das Denken in beiden Fällen als insuffizient erweist.

Wirkliche Schwierigkeiten entstehen dann, wenn die Schizophrenie wenig ausgesprochen oder, wie so oft, mit der Imbezillität kombiniert ist.

Bei den Idioten sind diejenigen Assoziationen nicht gebildet, die eine kompliziertere Überlegung verlangen oder ungewöhnlich sind. Ein Imbeziller, der nicht addieren kann, wird noch weniger subtrahieren oder gar dividieren, einer, der den Begriff der Eltern nicht aus den beiden Komponenten Vater und Mutter bilden kann, ist sicher auch unfähig, sich unter „Vaterland“ etwas Klares vorzustellen. Der Schizophrene hingegen kann bei einfachen Denkaufgaben ebensogut scheitern wie bei komplizierten. Die Sperrung unterbricht die Bahnen nach ganz anderen Gesetzen. So kann er, wenn er sich nur überhaupt in Wort oder Tat äußert, immer noch zeigen, daß er vieles verstehen gelernt hat, was dem Idioten unzugänglich war. Auch seine Bewegungen, seine Sprache usw., haben gar nichts mit der Idiotie gemein.

Das Gefühlsleben der Idioten und Imbezillen (auch letztere führe ich in diesem Zusammenhange an, im bewußten Gegensatz zu den unrichtigen Aufstellungen Solliers) hat keine Ähnlichkeit mit dem der Schizophrenen. Es schwankt allerdings in großen Grenzen, aber es ist ein ungehemmtes. Der Arzt hat zu den Idioten seiner Anstalt das Verhältnis eines Vaters zu seinen Kindern; die meisten Schizophrenen aber bleiben ihm so fremd wie Vögel, die er füttert.

Die Aufregungen der Idioten sind entweder durch die ihnen nicht verständlichen Umstände angeregte Wutanfälle oder hysteriforme Erregungen, oder dann der Epilepsie ähnliche Dämmerzustände mit Kopfweh, vasomotorischen Symptomen usw., alles Dinge, die mit Schizophrenie nichts zu tun haben.

Gelegenheit zu Verwechslungen gibt etwa der Emotionsstupor, der bei Imbezillen sehr leicht auftritt, wenn sie in eine ungewohnte Lage kommen; so bei einem Interrogatorium, bei der Versetzung in das komplizierte Milieu einer Irrenanstalt usw. Manchmal erscheint der Stupor nur bei einzelnen Fragen, die die Fassungskraft des Kranken übersteigen; dann kann er den Eindruck einer plötzlichen Sperrung machen. Ferner kommt bei vielen Imbezillen ein In-den-Tag-hineinantworten vor gerade wie bei kleinen Kindern; man wird bei einiger Geduld leicht merken, daß es sich um Raten handelt und nicht um Negativismus, um eine mangelnde Unterscheidung von Wissen und Vermuten und nicht um ein mangelndes Interesse an der Untersuchung.

Die Stereotypien der Imbezillen entsprechen zum Teil dem Beineschlenkern, sich wiegen, an einem Haar drehen und ähnlichen Ausdrücken eines Betätigungsreizes bei Gesunden und haben dann fast ausnahmslos einen ganz elementaren Charakter. Andere sind mehr den Ticks an die Seite zu stellen; wenn dabei auch das, worauf es ankommt, mit Worten schwer zu beschreiben ist, so sieht man doch leicht, daß die Bewegungen nicht von der Psyche abgespalten sind: der ganze Kranke „macht“ diese Bewegungen; zu bestimmten

Arten derselben gehören bestimmte Posen, bestimmte Stimmungen mit ihren Ausdrucksformen. Wiederholungen des gleichen Ausrufes, der gleichen Worte sind etwas anderes als die schizophrene Verbigeration; sie sind meist der Ausdruck der Ideen- und Wortarmut, die nur immer das gleiche äußern kann (vgl. auch Weygandt, 816). Bei manchen Imbezillen erscheinen Zeichen von Manieriertheit sowohl im Benehmen als in den Ausdrücken; sie nehmen bestimmte Posen an, brauchen ungewöhnliche Wörter, reden hochdeutsch u. dgl. Das kommt davon her, daß sie oft auch den „Intelligenzkomplex" haben, mehr scheinen wollen als sie sind; das Symptom ist deswegen identisch mit gewissen Formen von Manieriertheit bei der Schizophrenie.

* * *

Bei der moralischen Idiotie fehlen von den Gefühlen nur die ethischen, diese aber konstant; das Gleichbleiben des Charakters seit der frühesten Jugend beweist die angeborene Störung; eigentlich schizophrene Zeichen sind natürlich hier nicht anzutreffen.

* * *

d) Die Differentialdiagnose gegen die Kraepelinsche Paranoia ergibt sich aus der Beschreibung derselben. Alle spezifisch schizophrenen und die katatonen Symptome fehlen ihr; die Wahnideen gehen von falschen Prämissen aus, sind im wesentlichen unkorrigierbar, d. h. von logischen Assoziationen, die ihnen entgegenstehen, abgesperrt, sonst aber logisch konsequent ausgebaut. So kann der Paranoiker über sein Wahnsystem diskutieren, während der Paranoide nur zu oft nicht einmal imstande ist, Einwände aufzufassen, geschweige sie abzuwägen. Den Wahn innerlicher Beeinflussung durch fremde Gewalten habe ich bei Paranoia nie getroffen. Einige Halluzinationen sagen natürlich nichts gegen Paranoia, kommen sie doch bei Gesunden vor. Wenn aber Sinnestäuschungen nicht nur bei seltenen und rasch vorübergehenden Erregungen das Bild beherrschen, dann wird man immer auch andere Zeichen von Schizophrenie finden. Daß die Paranoiker den Zusammenhang mit den Sitten der Umgebung nicht verlieren, kurz eine äußere Haltung bewahren im gleichen Sinne wie Gesunde, die stark affektiven Erlebnissen ausgesetzt sind, ist bekannt.

Eine Differentialdiagnose gegen andere Psychosen, die noch als Paranoia bezeichnet werden, gibt es nicht, da alle bekannten paranoiden Formen zu unserem Begriff der Schizophrenie gehören.

* * *

e) Wichtiger ist die Unterscheidung von der Epilepsie. Fuhrmann (248, S. 836/837) findet Ähnlichkeit akuter juveniler Verblödungszustände mit Epilepsie und Delirium tremens. Sie ist aber eine sehr äußerliche.

Zunächst das epileptische Delir. Die Halluzinationen, die Desorientiertheit und das rücksichtslose Verhalten gegenüber der Umgebung hat es mit vielen schizophrenen Zuständen gemein. Einen andern Charakter verleiht ihm aber vor allem die Verschiedenheit der Affektivität. Bei der Epilepsie eine klare,

meist ganz elementare Stimmung, die sich in jedem einzelnen Wort, im Ton jedes Satzes, in jeder einzelnen Handlung ganz gleichmäßig äußert; bei der Schizophrenie unklare oder doch inkonsequente Affektäußerungen, die auch bei wirklicher Angst oder Ekstase immer etwas Steifes oder Gemachtes haben.

Auf intellektuellem Gebiet die langsame Auffassung, die Schwierigkeit des Verständnisses bei der Epilepsie — die Sperrungen im Verständnis, die jeden Augenblick von ganz raschen Reaktionen auf komplizierte Wahrnehmungen abgelöst werden können, bei der Schizophrenie. Meist läßt sich auch der für die eine oder andere Krankheit charakteristische Gedankengang nachweisen, wobei hier erwähnt werden mag, daß der Gedankengang der Epileptiker doch fortschreitet, trotz der Schwierigkeiten, sich von einmal erfaßten Gedanken loszumachen, und trotz der Neigung zu Wiederholungen. Ferner handelt der Epileptiker im Sinne einer deliriösen Vorstellung[1]), während das Benehmen des dämmernden Schizophrenen häufig zwecklos, fast immer inkonsequent erscheint.

Schwierig wird die Unterscheidung nur dann, wenn die Kranken sich nicht untersuchen lassen; so bei postepileptischer Reizbarkeit, in der die Patienten untätig daliegen, sich von der Umgebung abschließen, auf Anreden mit Schimpfen oder mit Gewalttätigkeiten antworten. Ein solches Bild ist manchmal von dem schizophrenen Negativismus nicht gleich zu unterscheiden. Auch die Anfälle von Flexibilitas cerea als solche sind beiden Krankheiten gemein. Doch ist es wichtig zu wissen, daß sie bei Epilepsie meist nur kurze Zeit, Viertelstunden bis höchstens Tage[2]), dauern, bei der Schizophrenie meist Wochen und Monate.

Der epileptische Blödsinn kann zuweilen äußerlich durch die epileptische Reizbarkeit, die übertrieben scheinenden Gefühlsäußerungen und die spontanen Verstimmungen an Schizophrenie erinnern; besonders wenn noch Halluzinationen hinzukommen.

Auch die Epileptiker ziehen sich oft mehr und mehr auf sich selbst zurück. Das Egozentrische ihrer Denkweise unterscheidet sich aber doch beträchtlich vom Autismus der Schizophrenen. Zur Verfälschung der Wirklichkeit kommt es beim Epileptiker selten und nur unter ganz bestimmten Umständen, für einen bestimmten Fall, wie bei anderen Leuten auch, die sich von ihren Affekten hinreißen lassen. (Hier ist nicht von den Dämmerzuständen die Rede.) Der zurückgezogene Epileptische beachtet die Wirklichkeit wenig, er kommt aber nicht mit ihr in logischen Konflikt. — Der epileptische Eigensinn ist natürlich noch kein Autismus.

Die Assoziationen der Epilepsie mit ihren Werturteilen, ihrer Egozentrizität, ihrer Perseveration, die sich in Wiederholungen und im Klebenbleiben an einem Thema und darausfolgendem Detailausmalen (Umständlichkeit) ausspricht, diese Assoziationen haben mit dem schizophrenen Gedankengang auch nicht das Geringste gemein. Das Zögernde im Ideenablauf läßt sich leicht von Sperrungen unterscheiden. Die Unschärfe der Auffassung und die Verschwommenheit der schwierigeren Begriffe und die Störung des Gedächtnisses in den fortgeschrittenen Fällen sind weitere Unterschiede von der Schizophrenie.

---

[1]) Bei starker Benommenheit, z. B. während und unmittelbar nach Anfällen kann die motorische Koordination so stark gestört sein, daß die Absicht schwer festzustellen ist.

[2]) Ich wenigstens habe nie epileptische Flexibilitas von längerer Dauer gesehen.

Ebenso verschieden ist die Affektivität der beiden Krankheiten. Statt der schizophrenen Einklemmung der Affekte sehen wir bei der Epilepsie leicht erregbare und auffallend nachhaltige und tiefgehende Gefühle. Gleichgültigkeit finden wir nur, so weit die Kranken die Situationen nicht verstehen, niemals aber gegenüber ihren persönlichen Interessen, die im Gegenteil meist viel stärker gefühlsbetont sind als normal. Es ist auch an die übertriebene Objektliebe der Epileptiker zu erinnern, während bei den Schizophrenen eine oft bis ins Extreme gehende Gleichgültigkeit gegenüber ihrem kleinen und großen Eigentum die Regel ist.

Aschaffenburg meint, man könne annehmen, daß die gleichen Stimmungsschwankungen wie bei Epilepsie auch bei Dementia praecox vorkommen können, da ja die epileptischen Anfälle auch bei der letzteren Krankheit zu beobachten seien. Der Schluß ist aber nicht zwingend, da die epileptiformen Anfälle, einem vorgebildeten Mechanismus entsprechend, unter den verschiedensten pathologischen Umständen auftreten können. Dennoch sind Verstimmungen von innen heraus auch bei Schizophrenie — mit oder ohne epileptische Anfälle — sehr häufig, und es gibt auch Zustände, die sich durch Mischung von Symptomen beider Krankheiten charakterisieren.

Epileptiker können auch außerhalb der Dämmerzustände zuweilen halluzinieren, namentlich mit dem Gesicht. Gelegentlich gibt dieser Umstand Anlaß zu Verwechslung mit Schizophrenie. — Auch kommen bei Epilepsie automatische Bewegungen vor und sogar die Empfindung, daß dem Kranken die Gedanken von außen gemacht werden.

Jene Nebensilben hinausziehende („singende") und häsitierende Sprache, welche — wenn vorhanden — so charakteristisch für Epilepsie ist, habe ich noch nie durch die Maniriertheit der Schizophrenen imitiert gesehen; ebenso fehlt den letzteren die pathologische Umständlichkeit.

* * *

f) Der chronische Alkoholismus wird in praxi noch sehr oft mit Schizophrenie verwechselt, insofern als bei einem schizophrenen Säufer nur das Trinken und nicht die Grundkrankheit Beachtung findet. Wir sehen aber bei bloßem Alkoholismus oberflächliche, leicht entzündliche Gefühle, Euphorie, Trieb, aus sich heraus zu gehen, Schwatzhaftigkeit, Unschärfe der Wiedergabe von Erlebtem oder Gelesenem, mit dem Bedürfnis nach Einschiebung von kausalen Zutaten beim Erzählen, alles Symptome, die der Schizophrenie fremd sind.

Ist ein Alkoholismus auf der Basis der Schizophrenie entstanden, so mischen sich die Symptome beider Krankheiten. In der Anstalt treten aber die des Alkoholismus allmählich zurück. Der verschlossene Alkoholiker, mit dem sich gar nicht diskutieren läßt, der auf der Abteilung herumsitzt, ohne uns bei jeder Gelegenheit auseinanderzusetzen, wie geheilt er nun sei, und wie nötig es sei, daß er wieder frei werde, ist ein Hebephrene, wenn nicht ganz besondere, logisch begreifbare Gründe ihn zu diesem Verhalten veranlassen.

Die Unterscheidung von Delirium tremens und schizophrenem Aufregungszustand ist so einfach, daß es schwer wird zu begreifen, wie man den Anstalten so viele Schizophrene unter der Diagnose Delirium tremens zuweisen

kann. Der von Bonhoeffer so gut beschriebene Bewußtseinszustand der Deliranten, die bekannte Art ihrer Halluzinationen mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes und Getastes, der ängstlich euphorische Gemütszustand, die Beschäftigungsdelirien, die Agilität und Unsicherheit in den Bewegungen (gegenüber der massigen Beweglichkeit der motorisch erregten Schizophrenen) sind lauter Zeichen des Deliriums. Tremor kommt auch bei Schizophrenie vor; ist er aber hochgradig, so spricht er für Delirium tremens. Genaue nachträgliche Erinnerung kommt beim ausgesprochenen Delirium tremens wohl nicht vor.

Waren bei einem wirklichen Delirium tremens die Gehörstäuschungen im Vordergrund, so handelte es sich in unseren Fällen um Mischung mit Schizophrenie (in einem einzigen konnten wir das nicht mit voller Sicherheit nachweisen), ebenso bei Auftreten von ausgesprochenen Körperhalluzinationen oder von Stereotypien.

Der Alkoholwahnsinn der Autoren entsteht, wie früher auseinandergesetzt, meist oder vielleicht immer auf der Basis einer Schizophrenie. Er ist deshalb gern mit den Zeichen der letzteren Krankheit gemischt. Findet man diese bei genauem Zusehen nicht ausgesprochen, so kann man eine verhältnismäßig gute Prognose stellen und von einem bloßen Alkoholwahnsinn reden. Finden sich umgekehrt bei einer deutlichen Schizophrenie die für den Alkoholwahnsinn charakteristischen zusammenhängenden Gehörshalluzinationen bei klarer Orientierung, so muß man auf begleitenden Alkoholmißbrauch schließen.

Die Grenzen der chronischen Alkoholparanoia kann ich nicht bestimmen, weil ich diese Krankheit noch nicht gesehen habe, und weil die Autoren, die sie gesehen haben wollen, keine genügende Rücksicht auf die Dementia praecox nehmen oder doch keine Symptome beschreiben, die nicht auch bei der Schizophrenie vorkommen können.

* * *

g) Am schwierigsten ist die Unterscheidung der Schizophrenie von den Formen, die man am verständlichsten mit dem Namen der akuten Verwirrtheit bezeichnet. Eine diagnostisch brauchbare Beschreibung derselben existiert eben noch nicht[1]).

Bei diesen Formen, mit denen ich hier die „Fieberpsychosen" zusammenrechnen kann, weiß ich gar kein Symptom zu nennen, das nicht auch bei der Schizophrenie vorkommen könnte; im Vordergrunde steht die Verwirrtheit, manchmal auch neben ihr die Halluzinose. Beides sind sehr vieldeutige Symptome; und etwas Charakteristisches an der Verwirrtheit und an den Halluzinationen dieser Psychosen hat noch niemand beschrieben. So bleibt nichts anderes übrig, als die Diagnose der Schizophrenie in denjenigen Fällen von Verwirrtheit zu machen, die schizophrene Symptome zeigen; wo aber trotz guter Untersuchung schizophrene Symptome sich nicht finden lassen, muß man eine dieser anderen Verwirrtheiten annehmen. Ich kann noch hin-

[1]) Weder die Kraepelinsche Amentia noch die Räckeschen Erschöpfungspsychosen (587) kenne ich aus eigener Erfahrung. Räcke spricht von „primärer Inkohärenz", ohne sie zu charakterisieren.

zufügen, daß ausgesprochene katatone Symptome, mit Ausnahme der Flexibilitas cerea und der Befehlsautomatie überhaupt, gegen eine solche Verwirrtheit wie gegen die Amentia Kraepelins sprechen. Starker Negativismus, Haltungsstereotypie[1]), triebartige Verbigeration weisen bei einem solchen Zustand immer auf Schizophrenie hin, auch wenn es momentan nicht möglich sein sollte, die schizophrene Assoziations- oder Affektstörung zu finden.

Ich kann hinzufügen, daß wir mit dieser Art Diagnostik seit Jahren gut gefahren sind, indem wir keinen Fall umdiagnostizieren mußten, bei dem die Untersuchung uns berechtigte, eine Diagnose zu machen. Und doch kann man sich mit einer solchen negativen Unterscheidung nicht beruhigen. Findet man in einem Fall heute kein sicher schizophrenes Zeichen, so könnte es ja morgen zu sehen sein.

Stransky (753, S. 815/816) meint, daß sich die Verblödung nach Amentia von der schizophrenen durch den natürlichen Affektausdruck unterscheide. Da die schizophrene Alteration der Mimik in leichten Fällen nicht jederzeit erkennbar ist, kann man mit dem Zeichen allein keine Differenzialdiagnose stützen.

Sehr wenig hilft die Beobachtung der Ätiologie. Es gibt viele solche Verwirrtheiten ohne Schwächezustand und ohne Fieber; in zwei Fällen konnten wir die chronische Nierenerkrankung, auf die wir fahndeten, erst post mortem nachweisen. Auf der andern Seite wird die Schizophrenie so oft bei Anlaß von fieberhaften Krankheiten manifest, daß das Kriterium vollständig unbrauchbar ist. Viel sicherer kann die Anamnese leiten, aber leider nur in der Richtung nach der Schizophrenie hin, die schon in der Symptomatologie ihre guten Wegweiser hat.

* * *

h) Auch die Differentialdiagnose gegen Hysterie und Neurasthenie ist nur eine einseitige. Kein hysterisches oder neurasthenisches Symptom ist der Schizophrenie fremd. Schizophrenie nehmen wir dann an, wenn spezifische Symptome dieser Krankheit nachgewiesen sind; Hysterie und Neurasthenie dann, wenn genaue Untersuchung hysterische respektive neurasthenische, aber keine schizophrenen Symptome zutage fördert. Nachweis hysterischer Symptome schließt die Schizophrenie so wenig wie irgend eine andere Krankheit aus.

Wenn Verblödung, Gehörshalluzinationen bei klarem Bewußtsein, ausgesprochene Wahnideen oder andere Zeichen einer eigentlichen Psychose nachzuweisen sind, ist natürlich die Diagnose leicht. In weniger ausgesprochenen Fällen aber machen Hysterie und Neurasthenie die meisten diagnostischen Schwierigkeiten, weil sich hinter nervösen Symptomen eine leichte Schizophrenie lange Zeit oder dauernd verstecken kann. Wir müssen auch bei aller Vorsicht viele Schizophrene noch als nervös bezeichnen und behandeln, so lange wir bei ihnen spezifisch schizophrene Symptome noch nicht aufzudecken vermögen.

---

[1]) Immerhin hat Aschaffenburg bei Initialdelirien des Typhus auch Stereotypien gesehen. Er erwähnt auch die Empfindung des Elektrisiertwerdens. Letztere habe ich einmal bei einer Influenzapsychose gesehen. (Neuritis!) — Schuele (675*a*) spricht davon, daß bei „asthenischem Delir" Halluzinationen auftreten, ohne daß das Ich verändert wäre. Soweit meine Erfahrung reicht, hat er recht; doch habe ich Grund zu bezweifeln, daß das für alle „akuten Verwirrtheiten" gelten könne.

Am meisten Gewicht wird man zunächst auf die Art der Affektivität legen. Die Indifferenz der Schizophrenen sticht doch meist deutlich ab von dem labilen, reizbaren, ängstlichen oder sich aufdrängenden Wesen der Nervösen[1]). Namentlich auffallend ist ihre relative oder absolute Gleichgültigkeit gegenüber der Krankheit und ihren Symptomen, gegenüber ihrer eigenen Situation, der Familie usw. Oft ist die Torpidität das dem Beobachter zuerst auffallende Symptom: erst wenn man in die Kranken dringt, etwas zu leisten, kommen die Klagen und Ausreden. Doch können auch Hysterische indifferent erscheinen; so gegenüber Lähmungen und anderen Beschwerden, die sie mit großem Heroismus ertragen — aber nichts destoweniger stark zur Schau stellen. Erlebnisse, die ihre Komplexe aufrühren sollten, können Hysterische eine Zeitlang ganz kalt lassen, dann aber folgt der Ruhe meist der Sturm in Form einer Erregung oder eines Anfalles. Auch inadäquate Reaktionen können gelegentlich vorkommen, indem Hysterische eine für sie peinliche Assoziation mit einem Lachkrampf oder mit Singen verdecken. Besonderes Gewicht ist zu legen auf den Mangel an Einheitlichkeit der Affektäußerungen, der bei Nervösen kaum vorkommt.

Der affektive Autismus der Schizophrenie gibt sich auch darin zu erkennen, daß die Kranken kein Bedürfnis haben, sich auszusprechen. Wer dem Arzt nichts zu sagen hat, ist kein bloßer Nervöser.

Der mangelnde Gefühlsrapport zeigt sich überhaupt oft am besten im Verhältnis zum Arzt. Wenn man mit einer Nervösen eine Stunde lang über ihre Krankheit spricht, so muß sich ein persönliches Verhältnis zu ihr ergeben, sei es feindlich oder freundlich. Auch gegenüber gleichgeschlechtigen Patienten wird man diesen Rapport niemals vermissen. Schizophrenen aber kommt man meist nicht näher (Jung).

Mit dem Gefühlsrapport fehlt den Schizophrenen auch die Suggestibilität, die die Nervösen gegenüber dem Arzt haben. Doch ist der Unterschied kein absoluter. Die Schizophrenie ist in sehr vielen Beziehungen durch psychische Einflüsse modifizierbar. Sehr selten, und auch dann wohl nur vorübergehend, findet man bei der Nervosität den Mangel an Beeinflußbarkeit. Ein unbeeinflußbarer Dämmerzustand ist in der Regel kein hysterischer. Riskiert man es, einem wild um sich schlagenden Patienten das Gesicht hinzuhalten, und er schlägt konsequent daneben, so wird es sich wohl in allen Fällen um einen Hysteriker handeln. Die weitgehende Besserung eines anscheinend schweren Zustandes durch eine Psychanalyse spricht mit ziemlicher Sicherheit gegen Schizophrenie, die solchen Einwirkungen nur in leichteren Fällen zugänglich ist.

Um solche Zeichen sowie noch viele andere zur Differentialdiagnose gegen die Neurosen benutzen zu können, ist es aber unumgänglich notwendig, daß man die ganze psychische Konstellation genau erwägt. Auf irgend einem Umwege kann bei einem Hysterischen zu einer bestimmten Zeit eine Affektlosigkeit oder eine Unzugänglichkeit vorgetäuscht werden, die in der normalen Wirkung irgend eines Komplexes begründet ist. Jeder Gesunde — und um so mehr jeder Neurotiker — hat gelegentlich eine

[1]) Mit diesem Namen bezeichne ich hier alles, was man hysterisch, neurasthenisch und nervös nennt.

auffallende Sperrung, jeder kann einmal einen Begriff unscharf fassen, eine bizarre Assoziation bilden; zur Differentialdiagnose darf das Symptom nur benutzt werden, wenn es sich unter verschiedenen Umständen wiederholt oder wenn im bestimmten Fall eine Komplexwirkung nicht anzunehmen ist. Man wird also gelegentlich die Diagnose erst machen können, wenn man die Komplexe des Patienten kennt.

Die Sperrungen der Hysterie zeigen deutlich ihren affektiven Ursprung. Sie treten in bestimmten Ideenverbindungen auf, fehlen in anderen, verallgemeinern sich aber nicht; es besteht eben eine reinliche Trennung zwischen gesunder und kranker, respektive autistischer und realistischer Psyche.

Am besten sieht man auf dem intellektuellen Gebiete, wie die hysteriformen Symptome der Schizophrenie auf dem Boden einer dissoziierten Psyche erwachsen und deshalb karikiert werden. Nur bei unseren Kranken fehlt die Einheit des Denkens, können die widersprechendsten Vorstellungen nebeneinander existieren, ohne sich zu beeinflussen, ohne in ein Gesamtbild verschmolzen zu werden. Wenn, wie man allgemein annimmt, der Kinderkomplex auch bei Hysterischen zu eingebildeter Schwangerschaft mit Aussetzen des Menses führen kann, so wird die Kranke doch niemals außerhalb eines Dämmerzustandes ein eingebildetes Kind haben, ohne daß sie z. B. Gravidität hinzuillusioniert hat.

Auch die Inkonsequenz nach außen fehlt der bloßen Nervosität. Die Hysterische, die die Außenwelt nach irgend einem Wunsche umbildet, kann z. B. nicht den Arzt zugleich als den früheren Geliebten und den Anstaltsarzt ansehen. So ist im Verhalten der Hysterischen viel mehr Methode und weniger von den allgemeinen Gesetzen des Handelns Abweichendes. Die Hysterische macht schwerere Dummheiten höchstens unter ganz bestimmten Voraussetzungen. Sie wird sich, wenn es sich nicht darum handelt, ernstlich krank zu sein, nicht verletzen; sie wird auch in anscheinend wildem Delir den unbekannten Arzt nicht schlagen, sie wird den Geliebten außer in rasender Eifersucht nicht umzubringen suchen, sie wird nicht leicht das Haus anzünden, nicht unreinlich werden u. dgl. So ist auch kein Hysteriker, wer während längerer Zeit jeden Interesses ermangelt, wer außerhalb von Dämmerzuständen die Umgebung nicht berücksichtigt. Ich konnte mich noch nicht überzeugen, daß die Janetschen „Psychastheniker", die jahrelang nur dasitzen, keine Hebephrenen seien. Es ist aber falsch, wenn man umgekehrt schließen will, daß Kranke, die bei Beobachtung sich anders verhalten, als wenn sie sich unbeobachtet glauben, keine Schizophrene sein können (Kaiser, 351, S. 964).

Das uns bizarr Erscheinende und deshalb oft für die Diagnose Ausschlaggebende kann auch bedingt sein durch die ethnischen Anlagen und besonders geartete Lebensanschauungen. Hysterien z. B., die aus dem Osten kommen, erscheinen uns manchmal so bizarr, wie ausgesprochene Schizophrenien Einheimischer.

Auch in den Dämmerzuständen zeigt sich die schizophrene Vermischung von autistischen Vorstellungen und der Wirklichkeit. Die Hysterische kann im Dämmerzustand neben den Wahnvorstellungen die Wirklichkeit mehr oder weniger registrieren; es geschieht aber unbewußt, während beim Schizophrenen auch in schweren Bewußtseinstrübungen beide Reihen sich im Bewußten und

im Unbewußten mischen[1]). Dafür wird die Delirienfabel von den Schizophrenen viel karikierter und meist geradezu unsinnig dargestellt. — Dämmerzustände, die monatelang dauern, sind wohl nie hysterisch, noch weniger solche, die sich allmählich im Laufe von Wochen oder Monaten entwickeln und in ähnlicher Weise abklingen.

Die Dissoziation der Begriffe kommt bei der Nervosität nicht vor, ist also, wenn vorhanden, ein sicheres Zeichen der Schizophrenie. Auch die Symbolik geht nur unter ganz bestimmten Umständen ohne Bewußtseinsstörung bis zur eigentlichen Materialisierung. Einer Hysterischen kann man nicht im körperlichen Sinne „die göttliche Liebe ausreißen und den Keim der Wiedergeburt wegnehmen".

Auch bei Hysterischen und Neurasthenischen gibt es Vorstellungen und Empfindungen, die als Wahnideen und Illusionen der Körpersensationen bezeichnet werden können. Sie sind aber nie in solchem Grade unsinnig, wie so oft bei der Schizophrenie. Sie sind meist denkbar auch für den Normalen, oder dann kennen die Kranken das Unrichtige der sich ihnen aufdrängenden Vorstellungen. Eine Neurasthenische kann die Empfindung haben, wie wenn ihr Hals sich ins Ungemessene verlängerte, und deshalb in einem Angstzustand im Wald herumlaufen. Sie wird aber außerhalb von Dämmerzuständen volle Einsicht in das Krankhafte haben und nie die Parästhesie nach außen projizieren. Sie kann die Empfindung haben, daß an ihrer Stirn zwei Knöpfe wachsen; sie kann aber nicht wie die Schizophrene spüren, wie die Knöpfe in ein irgendwo außer ihrem Körper befindliches Netz fallen. Ebenso deuten die genauen Beschreibungen von Tropfen, Männchen, Maschinen im Ohr oder sonst wo im Körper auf Schizophrenie. Ob eine Hysterische heutzutage noch „ein Tier im Leibe" haben kann, weiß ich nicht; ich habe das noch nie gesehen. — Ferner wird es bei Nervösen nicht zu beobachten sein, daß ihnen die im Kopfe aufsteigenden „fremden" Gedanken als von einer andern Persönlichkeit gemacht vorkommen.

Die Ambivalenz kann auch hysterisch sein; der schwarze Mann ist ja auch bei dieser Krankheit eine stehende Figur. Aber wenn sie bei ganz luzidem Bewußtsein sich auf viele Dinge erstreckt, so kann doch Hysterie ausgeschlossen werden.

Illusionistische oder gar halluzinatorische Verkennung der Umgebung kommt bei Hysterischen nur in Dämmerzuständen oder sonstigen Bewußtseinstrübungen vor. Nur der Schizophrenie gehören nichtssagende Akoasmen an („Frl. V., stricken Sie"; „Frl. V., kommen Sie in den Garten"), nur ihr die Kombination von Gehörs- und Körperhalluzinationen. Die Hysterie hat eine Vorliebe für Visionen.

Die körperlichen „Stigmata" der Hysterie sind bei der Schizophrenie verhältnismäßig selten. Hemianästhesie habe ich nur einige wenige Male gesehen, allerdings auch nicht oft gesucht. Viel häufiger ist wohl Reflexlosigkeit des Gaumens bis zu voller Unempfindlichkeit von Schlund, Kehlkopf und Trachea. Die Analgesie ist, wenn vorhanden, meist konsequenter als bei der Hysterie:

[1]) Es scheint, daß Träume, deren Deutung vom Patienten ohne weiteres gegeben werden kann, oder solche, die Wünsche trotz deren Verdrängung direkt ausdrücken und mit Selbstverständlichkeit erzählt werden, differentialdiagnostisch zugunsten der Dementia praecox verwertet werden können.

die Kranken verletzen sich absichtlich und unabsichtlich viel häufiger als die Hysterischen und vor allem ohne erkennbaren Grund. Einengungen des Gesichtsfeldes lassen sich bei unseren die Aufmerksamkeit wenig anstrengenden Patienten nicht wohl diagnostisch verwerten. Typisch hysteriforme Lähmungen kommen manchmal vor; weit seltener, so viel ich weiß, Kontrakturen.

Man hat auch die Art des beiden Krankheiten gemeinsamen Vorbeiredens zur Differenzialdiagnose benutzen wollen, und ich glaube, daß ein Geübter in den meisten Fällen hysterischen Vorbeiredens das Systematische spürt, das mit Konsequenz gerade die richtige Antwort vermeidet; während der Hebephrene teils aus Denkfaulheit die erste beste Antwort gibt, unbekümmert darum, ob sie richtig sei oder nicht; oder dann aus Negativismus sich dem Hysterischen nähert, aber diesen Negativismus außerdem in der ganzen Art seines Benehmens erkennen läßt. Nur darf nicht vergessen werden, daß der typische Gansersche Symptomenkomplex auch auf schizophrener Basis vorkommt. — Man hat auch darin einen Unterschied finden wollen, daß nur bei der Schizophrenie die Vorbei-Antworten blitzartig erfolgen; es hat sich aber gezeigt, daß das nicht der Fall ist. (Westphal in Stransky: Blödsinnsformen.)

Von neurasthenischen Symptomen ist bei der Schizophrenie die häufig, aber nicht immer angegebene Ermüdung meist mehr subjektiv als objektiv. Die Beobachtung ergibt selten deutliche Ermüdungserscheinungen. Die Kranken haben Mühe, zu denken, und schreiben das der Ermüdung zu. Dann wird Ermüdung oft vorgeschützt, während in Wirklichkeit nur Interesselosigkeit besteht. Masselon empfiehlt deshalb, die Kranken kleine Arbeiten machen zu lassen. Erlahmt das Interesse abnorm früh, so handelt es sich meist um Schizophrenie; bei eigentlicher Ermüdung aber ist Neurasthenie anzunehmen. Das Kopfweh und die Reizbarkeit gehören beiden Krankheiten an.

Die Neurasthenie geht meist mit Störungen des Schlafes einher, während viele Schizophrene sich außerhalb der akuten und halluzinatorischen Zustände eines normalen Schlafes erfreuen.

* * *

i) Unmöglich ist eine scharfe Unterscheidung der Schizophrenie von dem degenerativen Irresein mancher Autoren. Unmöglich zunächst deswegen, weil der letztere Begriff viele unserer Schizophrenien umfaßt.

Die Verschiedenheit der Auffassung selbst beruht aber auf einer zurzeit überhaupt nicht lösbaren Schwierigkeit: es gibt gar keine Symptome, die nur bei Degenerativen vorkommen. Boenheffers pathologischer Einfall z. B. ist ein bei der Schizophrenie sehr häufiges Vorkommnis; ich will zwar gern annehmen, daß er auch außerhalb der Schizophrenie auftrete, aber bewiesen ist das noch nicht. Das gleiche ist von Birnbaums degenerativen Wahnideen zu sagen, die bis in ihre letzte Nuance schizophren sein könnten[1]). Auf Seite der Dementia praecox besteht die Schwierigkeit darin, daß ihre eigentlich spezifischen Symptome, die primären, in den in Betracht kommenden leichteren Fällen selten nachzuweisen sind, und daß die sekundären nur durch ihre hohe Entwicklung

[1]) Übrigens ein hübscher Beweis für die sekundäre Natur dieser Symptome bei der Schizophrenie.

auf die Dementia praecox hindeuten. Gegenüber anderen Psychosen kommen wir mit diesen Unterscheidungsmitteln sehr gut durch, nicht aber gegenüber der Degeneration, weil noch kein Mensch weiß, wie weit die Karikierung der psychischen Vorgänge auch ohne schizophrene Veränderung gehen kann. Ja wenn, wie einzelne wollen, die Schizophrenie nur eine funktionelle Krankheit wäre, wäre sie überhaupt nur ein Syndrom bei Degenerativen.

Jeder Diagnostiker kann also latent Schizophrene so lange als Degenerierte auffassen, als die Symptome nicht so ausgesprochen sind, wie sie nach seiner Erfahrung nur bei Schizophrenen vorkommen. Die Schizophrenie läßt sich aber nie sicher ausschließen. Die Sachlage ist also von der bei den Neurosen nur graduell verschieden.

* * *

k) Ob die bei Morbus Basedowii beschriebenen Psychosen der Schizophrenie angehören oder nicht, muß ich offen lassen. Bei den meisten Fällen der Literatur sowie bei zweien meiner Beobachtung fiel namentlich das stärkere Hervortreten affektiver Symptome auf; die Kranken waren andauernd deutlich traurig oder gehoben.

* * *

l) Die Abgrenzung der Schizophrenie gegen Simulation ist insofern nicht ganz leicht, als es zwischen bewußten und unbewußten Symptomen hier wie bei der Hysterie keine Grenze gibt. Der Negativismus, die Gleichgültigkeit veranlassen die Kranken zu falschen Antworten, die gewollt oder ungewollt oder beides sein können. Ein Kranker kann simulieren wollen und doch schizophren sein. Wir hatten hier einen Paranoiden, der glaubte, alles was wir und seine Verwandten täten, sei nur, um ihm ein Mätzchen vorzumachen. Um nun in eine wirkliche Irrenanstalt zu kommen und dort als gesund erkannt zu werden, simulierte er andauernd Geisteskrankheit. Da wo keine Geisteskrankheit vorliegt, wird die genaue Beobachtung des Benehmens, der Mangel an Sperrungen, die nicht unterdrückbare Emotivität neben den allgemeinen Verstößen gegen das wirkliche Bild einer Geisteskrankheit die Simulation offenbaren. Sollte Katalepsie vorgetäuscht werden, können die eintretenden Ermüdungserscheinungen leicht zur Diagnose helfen.

VII. Abschnitt.

Die Vorhersage[1]).

Da die Schizophrenie in jedem Stadium still stehen und zu jeder Zeit Fortschritte machen oder akute Syndrome zeitigen kann, ist es unmöglich, eine bestimmte Spezialprognose zu stellen. Besserungen auch chronischer Zustände sind theoretisch immer möglich; zu erwarten sind sie insofern, als auch chronische Aufregungen mit der Zeit gelinder werden; damit ist aber häufig eine Zunahme der Verblödung verbunden. Sonst sind wesentliche Besserungen chronischer Zustände selten, also nicht in Berechnung zu ziehen. Akute Zustände gehen natürlich vorüber, setzen aber oft das geistige Niveau beträchtlich herunter.

Von Regeln, die uns erlauben würden, im einzelnen Falle mit einiger Sicherheit den spätern Grad der Verblödung zu bestimmen, kennen wir nur die folgenden, auf relativ wenige Fälle anwendbaren:

Chronische katatone Symptome lassen, wenn sie ausgesprochen sind und bei voller Besonnenheit zutage treten, eine definitive schwere Verblödung erwarten. In Fällen, welche eine oder mehrere gute Remissionen hatten, ist stärkere Verblödung selten. Eine Ausnahme von letzterer Regel machen die ganz akuten Syndrome mit periodischen Wiederholungen; diese gehen schließlich meist in sehr starke Verblödung aus.

Die Fälle von Benommenheit meiner Beobachtung sind alle recht schlimm verlaufen.

Die geringen Unterschiede in der Prognose der einzelnen Untergruppen sind im Abschnitt über „Verlauf" angeführt.

Heredität im bisherigen weiten Sinne, Alter, Geschlecht, Intelligenz[2]), Zahl der Degenerationszeichen, Kräftezustand, die einzelnen Formen der Krankheit, die einzelnen Symptome und ihre verschiedenen Gruppierungen haben so geringen Zusammenhang mit der Strecke, die die Krankheit in der Richtung der Verblödung durchlaufen wird, daß alle diese Dinge bei der Prognosestellung

[1]) Zablocka, Bleuler (73), Räcke (591).

[2]) Immerhin werden Imbezille durch Kombination mit einer „Pfropfhebephrenie" leichter sozial unmöglich als Vollsinnige. In der Pflegeanstalt Rheinau sind mindestens ein Fünftel aller Schizophrenen erheblich imbezill.

kaum in Betracht gezogen werden können. Statt der Streckenprognose müssen wir uns deshalb mit der Streckendiagnose begnügen; d. h. wir haben zu bestimmen, wie weit die „unheilbare" Verblödung bereits vorgeschritten ist, und wie vieles von den aktuellen Symptomen sich noch zurückbilden kann. Damit bestimmen wir ein Minimum der Verblödung. Ein besserndes Zurückgehen unter dasselbe ist nicht mehr zu erwarten. Zunahme der Verblödung ist aber nie auszuschließen.

Zur Beurteilung der Rückbildungsfähigkeit ist zunächst im Auge zu behalten, daß das gleiche Symptom eine schlimmere Bedeutung hat, wenn es Teilerscheinung eines chronischen Zustandes ist, wenn es selber einen chronischen Verlauf hat, und wenn es bei Besonnenheit vorkommt.

Die drei Bestimmungen decken sich nicht ganz. In einem chronischen Zustande können zwischendurch mal einzelne oder mehrere Symptome akut auftreten und wieder verschwinden; während eines akuten Zustandes können Symptome aus früherer Zeit bestehen bleiben oder in ganz schleichender Weise erst auftreten. Am schwierigsten ist das zu definieren, was ich aus Mangel an einem passenden Wort mit Kraepelin „Besonnenheit" nenne. Dämmerige, Verwirrte, Manische, Melancholische sind natürlich nicht „besonnen". Chronische Halluzinanten aber, auch wenn sie dauernd aufgeregt sind, unterscheiden sich von solchen Kranken ganz wesentlich, indem sie in bestimmten Beziehungen einen normalen Kontakt mit der Umgebung haben und zusammenhängende Erfahrungsreihen richtig auffassen und verwerten. Es ist bei ihnen nur ein Teil der Persönlichkeit nicht besonnen, bei den anderen die ganze. Ein autistisch-negativistischer Patient mag mit der Umgebung viele Jahre lang nur insofern verkehren, als er das angebotene Essen, die Kleider u. dgl. annimmt, er kann dabei ganz mutistisch sein; sein Bild über die Außenwelt ist aber nur insoweit gefälscht, als seine Wahnideen mitsprechen; ebenso sein Gedankengang, der außer den Komplexbeziehungen nur durch die allgemeine schizophrene Assoziationsstörung da und dort unrichtig, aber nicht systematisch verfälscht wird. Ein Sprachverwirrter kann sich auf der Abteilung normal bewegen und überhaupt zeigen, daß er in der ganzen Situation orientiert ist. Nur wenn die ganze Persönlichkeit oder doch der ganz überwiegende Teil derselben affektiv oder intellektuell in den krankhaften Zustand einbezogen wird, ist der Kranke nicht besonnen in diesem Sinne. Vorübergehend kann ferner bei sonst klaren Patienten die Besonnenheit verloren gehen durch starke Erregungen, seien sie von außen oder von innen bedingt, durch Alkoholgenuß und ähnliches.

Die geringste Tendenz zur Rückbildung haben die schizophrenen Kardinalsymptome, und von diesen wieder die Assoziationsstörungen, während der Autismus noch am häufigsten überwunden wird. Umgekehrt sind die manischen und melancholischen Affektwellen ihrer Natur nach fast immer vorübergehende Erscheinungen. Halluzinationen und Wahnideen haben während eines akuten Zustandes mit vollständigem Fehlen der Besonnenheit gar keine schlimme Bedeutung. Daß der ausgesprochen schizophrene Charakter derselben im Sinne einer schlimmeren Prognose verwertet werden könnte, ist möglich, aber noch nicht nachgewiesen. Chronisch bestehende Wahnideen und Halluzinationen dagegen bedingen sehr schlimme Aussichten; doch keine absolut schlechten. Patienten, die bei voller Besonnenheit einige Jahre lang halluzinieren und dann doch frei von dem Symptom und erwerbsfähig werden, sieht man nicht allzu selten.

Von den katatonen Symptomen ist bei akuten Zuständen die Flexibilitas cerea gar nicht ominös; verdächtiger sind sinnlose Stereotypien. Die übrigen katatonen Symptome stehen in der Mitte. Ceteris paribus bedeuten die katatonen Symptome immer eine Verschlechterung der Prognose. Fehlen sie und sind die schizophrenen Grundsymptome so leicht, daß sie übersehen werden, so ist die Prognose des Anfalles eine recht gute[1]).

Die Prognose der akuten Zustände verlangt nur die Anwendung des eben Ausgeführten. Das was akut ist, geht vorüber. Daher die gute Prognose der Dämmerzustände, der Wahnsinnsformen, vor allem der einzelnen Affektpsychosen, solange sich ihnen wenige eigentlich schizophrene Symptome beimischen. Ob während ihres Verlaufes oder unmittelbar nachher die Verblödung Fortschritte machen wird, können wir nicht sagen. Wir wissen nur, daß die Dämmerzustände und gewisse Aufregungen nicht einen Schub der Krankheit zu bedeuten brauchen und deshalb meist den Status quo ante zurücklassen, während die anderen akuten Syndrome meistens Zeichen einer mehr oder weniger deutlichen Verschlimmerung sind.

In akuten Zuständen ist der aktuelle Verblödungsgrad nicht immer leicht zu bestimmen, weil die bleibenden Symptome gewöhnlich überdeckt werden durch die akuten Erscheinungen. Doch wird man meist die Gemütssteifigkeit und oft auch die Assoziationsstörung einigermaßen schätzen können. Den Grad des chronischen Autismus aber wird man z. B. in Dämmerzuständen gar nicht ermitteln können, da ja diese Zustände nichts anderes sind als Wellengipfel der auch sonst bestehenden autistischen Tendenzen. Im übrigen kommt es auf das Verhältnis zwischen deletären Symptomen und Besonnenheit an: je weniger und je leichtere deletäre Symptome einerseits, und je schwerer die Störung der Besonnenheit anderseits, umso günstiger der durchschnittliche Ausgang. Eine Häufung katatoner Symptome oder der verwirrtesten Reden ist noch nicht so ungünstig, so lange der Patient auf keinem Gebiete Besonnenheit zeigt. Leichte katatone Symptome, leichte Verwirrtheit, einzelne impulsive Handlungen bei sonst normaler Relation zur Umgebung haben aber schlechte Bedeutung.

In negativer Richtung kann die Anamnese sehr wichtige Fingerzeige geben. Man kann ja ziemlich darauf rechnen, daß der Kranke nach dem akuten Anfall nicht besser sein wird als vor demselben; meist wird er nachher blöder oder „verrückter" erscheinen. Schlimmer Dauerzustand vor dem Anfall schließt also einen guten Ausgang mit ziemlicher Sicherheit aus.

Klingen die anderen Symptome ab, ohne daß die schizophrenen sich gleichzeitig bessern, so ist das natürlich von böser Vorbedeutung. Ebenso wenn der Verlust der geistigen Regsamkeit in den Vordergrund tritt, und wenn katatone Zeichen wie der Negativismus schwinden ohne Besserung der gemütlichen Ansprechbarkeit.

Ein schlimmes Zeichen ist es auch, wenn in einem Zustand, der schon den ungehemmten Verkehr mit anständigen Leuten erwarten ließe, das Taktgefühl

[1]) Daher die Häufigkeit der akuten Paranoia und Amentia der Autoren, welche „heilt".

noch fehlt. Unsauberkeit, plötzliches Sichgehenlassen bei Patienten aus guter Gesellschaft oder gar Zoten bei einer früher anständigen Frau sind sichere Indizien einer weitgehenden Alteration. Dokumentiert sich das Ende des akuten Schubes durch Erhöhung des Körpergewichtes, so muß dieser in den günstigen Fällen die psychische Besserung einigermaßen parallel laufen.

Bei den chronischen Zuständen ist die Diagnose des Verblödungszustandes einfacher, weil dieser nicht durch zufällige Symptome verdeckt wird. Immerhin kann man leicht das bewußte Sichabschließen eines Kranken von der Umgebung mit Interesselosigkeit verwechseln[1]); feindselige Haltung infolge von Wahnideen täuscht oft eine allgemeine falsche Auffassung der Umgebung vor.

Am sichersten scheint mir eine Besserung ausgeschlossen, wenn verblödete Kranke einige Jahre lang ganz gleichmäßig sind, keine akuten Symptome zeigen und auf Wechsel in Behandlung und Umgebung nicht reagieren. Solange die Zustände sich ändern, sind weitgehende Besserungen nicht auszuschließen. Als Zustandsänderung ist es aber nicht aufzufassen, wenn ein periodischer Patient in eine andere Phase kommt.

Reiner Größenwahn auf einem leicht kontrollierbaren Gebiete (Macht, Liebe, Reichtum) ist natürlich meist ein Zeichen stärkeren Abschlusses von der Umgebung; der Wahn darf aber nicht unter allen Umständen als böses Omen angesehen werden, besonders nicht, wenn er sich auf der Logik nicht oder nur teilweise zugängliche Komplexe richtet (Religion, Politik, Philosophie usw.).

Das Auftreten unmotivierter kurzer Verstimmungen und Erregungen, seien sie regelmäßig oder nicht, scheint eine schlimme Bedeutung zu haben.

Junge Leute, die chronisch untätig und trieblos herumstehen, ganz schlechte Innervation der Gefäße zeigen, die nicht auf Vorwürfe über ihr Verhalten eingehen können und sich auch nicht darum kümmern, sind wohl alle als verloren zu betrachten, wenn sie auch in späteren Jahren innerhalb einer Anstalt noch zu untergeordneten Arbeiten tauglich werden können. Man erhält überhaupt oft bei Schizophrenen, die einige Jahre nach dem Beginn zu uns gebracht werden, den Eindruck, daß die ganz schleichend beginnenden Fälle besonders ungünstig seien. Wenn man aber die leichten Späterkrankungen, die ein zufälliges Trauma (Alkohol, ein Chock) in die Anstalt gebracht hat, oder die man in der Sprechstunde sieht, auf ihre Vergangenheit untersucht, so findet man darunter so viele Fälle mit unmerklichem Beginn, daß man zur Überzeugung kommt, auch diese Verlaufsweise könne nicht regelmäßig deletär sein.

Der Verblödungszuwachs, den ein Anfall bringen wird, läßt sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussagen, wenn ähnliche Anfälle schon früher vorgekommen sind. Die späteren Anfälle verhalten sich dann oft auch in dieser

---

[1]) Verlust der geistigen Regsamkeit und gemütliche Stumpfheit ist natürlich kein einheitliches Symptom. Das mag der Grund sein, daß dann und wann Fälle, die man wegen dieser Erscheinungen aufgegeben hatte, doch noch weitgehend bessern. Ich kenne eine Kranke, die jahrelang in der Heilanstalt interesslos herumsaß, sich nur selten zu einfachen Dienstleistungen verwenden ließ, später in einer Pflegeanstalt unter erotischer Übertragung auf die Ärzte zuerst in alberner Weise munter wurde, dann zu arbeiten anfing und nach ihrer Entlassung ein Modewarengeschäft gründete und mit Erfolg leitete.

Beziehung wie die früheren. In der Pflegeanstalt finden sich verhältnismäßig wenige Kranke, die eine oder gar mehrere weitgehende Remissionen hatten; am ehesten solche vom periodisch-manischen Typus.

Über das Tempo der Verblödung läßt sich nur sagen, daß auch in den chronischen Fällen zwar Schübe vorkommen, daß aber oft eine gewisse Gleichförmigkeit des Tempos bis zum Stillstand bestehen bleibt.

Man hat das Bedürfnis gehabt, Fristen anzugeben, jenseits deren eine Besserung nicht mehr erhofft werden kann; bei Anlaß der Ehescheidung nennen verschiedene Gesetzbücher drei Jahre als diejenige Zeit, nach der ein schlimm ausgehender Fall praktisch als unheilbar betrachtet werden kann. Besserungen, die als Heilungen angesehen werden können, sind aber auch nach mehreren Jahrzehnten nicht auszuschließen. Doch ist das selten, und mit Ehescheidungsgutachten habe ich in der Schweiz, wo doch die Scheidung wegen Geisteskrankheit etwas sehr Häufiges ist, bis jetzt nie etwas Schlimmes erlebt, wenn ich auch in jedem Falle bei der Unheilbarerklärung ein recht unangenehmes Gefühl habe.

Schuele (675 *a* und 679) macht darauf aufmerksam, daß die körperlichen Symptome, zu denen er allerdings die motorischen in ziemlich großem Umfange rechnet, ein Index für die Tiefe der zerebralen Störung seien. Vielleicht ist namentlich mit Bezug auf die vasomotorischen Anomalien[1]) etwas Richtiges an dieser Auffassung. Doch gibt es sicher Fälle, die mit eigentlichen körperlichen Symptomen hohen Grades einhergehen und doch gut verlaufen.

Moravcsick meint, daß unerwartete psychische Klärungen Remissionen wahrscheinlich machen. — Salerni berichtet, daß die Fälle, in denen bei Amenorrhöe doch die menstruellen Schwankungen in Puls, Temperatur und Atmung zu erkennen seien, Remissionen erwarten lassen. — Schuele hält stark Onanierende für besonders gefährdet. Ich habe aber Fälle mit ziemlich kontinuierlicher Masturbation weitgehend bessern sehen. — Bruce und andere haben die hämatologischen Befunde zur Prognostik verwerten wollen; unsere Kenntnisse erlauben uns noch nicht so weit zu gehen.

Kraepelin (Diskuss. zu 73) hat bemerkt, daß die Fälle mit Sprachverwirrtheit sich oft nicht weiter entwickeln. Ich kann nur sagen, daß es auch von dieser Regel nicht seltene Ausnahmen gibt.

Die Neigung zu Rezidiven abzuschätzen haben wir noch gar keine Anhaltspunkte. Stransky hält die Kranken etwa fünf Jahre nach Ablauf des ersten Anfalles für ziemlich gesichert. Eine solche Zeitbestimmung kann natürlich nur für diejenigen Fälle, bei denen man einen akuten Beginn supponiert, benutzt werden. Es gibt aber auch dann noch zu viel Ausnahmen, als daß man die Regel überhaupt gelten lassen könnte. Man gibt wohl unsern jetzigen Kenntnissen den richtigsten Ausdruck, wenn man sagt, daß neue Schübe um so seltener vorkommen, je länger ein Stillstand gedauert hat. Eine gewisse Gefahr für Rezidive bietet bei Frauen das Klimakterium, ferner Gravidität und Wochenbett. Fälle mit regelmäßiger Periodizität gestatten natürlich eine ziemlich bestimmte Voraussage neuer Anfälle.

Eine einigermaßen sichere Prognosestellung über den Verlauf des einzelnen Falles wird hier natürlich so wenig möglich sein, als bei den meisten anderen

[1]) Vgl. auch Weber (797).

Krankheiten. Wie eine Lungentuberkulose, ein Gelenksrheumatismus verläuft, wie viele Rezidive eintreten werden, wann solche kommen usw., alles das wird wohl nie vorauszubestimmen sein. Bei der Schizophrenie kommt noch hinzu, daß der Verlauf des praktisch allein maßgebenden äußeren Krankheitsbildes in vielen Beziehungen gar nicht vom Verlauf des Krankheitsprozesses abhängt. Wir haben es ja fast ausschließlich mit sekundären Symptomen zu tun, die unter zufälligen psychischen Einflüssen sich innerhalb maximaler Grenzen bessern oder verschlimmern können. Solche Einflüsse wären nur dann vorauszusehen, wenn man es in der Gewalt hätte, sie selber herbeizuführen oder zu vermeiden.

VIII. Abschnitt.

Häufigkeit und Verbreitung.

Die Dementia praecox ist, abgesehen von der Gesamtgruppe der Idiotien, die häufigste Geisteskrankheit.

Albrecht fand unter 693 Geisteskranken 29%, Wolfsohn unter 2215 Aufnahmen des Burghölzli 30% (23% bei den Männern und 39% bei den Frauen). In den letzten Jahren ist bei ein wenig veränderten Verhältnissen (Bezug neuer Bauten in der Pflegeanstalt) der Anteil der Schizophrenen noch um einige Prozent gestiegen. Die absolute Zahl der aufgenommenen männlichen Schizophrenen verhält sich zu der weiblichen wie 47:53; der große Geschlechtsunterschied im Verhältnis zu den anderen Psychosen rührt also nicht sowohl von einem Minus der Schizophrenen als vom Plus der Paralytiker und Alkoholiker bei den Männern her.

Da die Schizophrenen zu einem ziemlich großen Teil unheilbar sind, früh erkranken und spät sterben, überwiegen sie im Bestand der Irrenanstalten noch viel mehr als unter den Aufnahmen; sie machen in unserer Heilanstalt 71% der Männer und 79% der Frauen = 75% aller Kranken aus. In der Pflegeanstalt wird der Prozentsatz durch die Idioten auf 50% herabgedrückt.

So ist die soziale Bedeutung der Krankheit eine ganz enorme; sie fällt allerdings weniger in die Augen als die der Paralyse, weil sie die meisten Kranken trifft, bevor sie sich eine Lebensstellung geschaffen haben. Ein Schizophrene, der vom Jünglingsalter bis zum Tode versorgt bleiben muß, verzehrt oft das ganze Vermögen seiner Familie. In noch unheilvollerem Licht erscheint die Krankheit, wenn man sich überlegt, daß eine große Menge von nicht als geisteskrank geltenden Psychopathen, die die Familien und die Gesellschaft in Atem halten, und von Neuropathen, die die Ärzte beschäftigen, ohne Heilung zu finden, latente Schizophrene sind. Ich habe Grund zu der Annahme, daß diese unerkannten Schizophrenen noch viel zahlreicher sind als die ausgesprochen Geisteskranken.

Unterschiede in der Erkrankungsfähigkeit der verschiedenen Rassen kennen wir noch nicht, wenn auch natürlich diejenigen mit ungehinderter Auslese viel weniger zahlreiche Geisteskranke haben. Bei Malaien (Kraepelin), Japanern (Miyake), Zentralasiaten (Urstein) findet sich die Schizophrenie als vorwiegende Psychose wie bei uns.

Inwiefern Rasse und äußere Verhältnisse die Form der Krankheit beeinflussen, weiß man noch nicht. Wenn unsere Auffassung der Genese der Symptome richtig ist, müssen sich in diesen Beziehungen Unterschiede auffinden lassen. Ziehen ist es aufgefallen, daß seine Dementia hebephrenica in Holland viel häufiger vorkomme als in Thüringen. Kraepelin hat (nach mündlicher Mitteilung) bei den Malaien ausgesprochen katatonische Formen seltener, die faselige Verblödung häufiger als bei uns gefunden. Sicher ist ferner, daß sich Rasseneigentümlichkeiten durch die Krankheit hindurch geltend machen. Engländer sind ruhiger als Iren, Oberbayern gewalttätiger als Sachsen; ja es ist leicht einen Unterschied zu konstatieren zwischen Bernern und Zürchern, die so nahe verwandt sind.

IX. Abschnitt.

Die Ursachen.

A. Die Pathologie der Schizophrenie gibt uns keine Anhaltspunkte, wo wir die Ursachen der Krankheit suchen sollen. Die direkte Forschung nach spezifischen Kausalmomenten hat uns ebenfalls im Stiche gelassen. Allerdings wissen wir, daß „Geisteskrankheiten" in den Familien der Schizophrenen häufiger sind als in denen von Gesunden; wir sehen auch oft von einer zahlreichen Familie die Mehrzahl der Mitglieder erkranken. Wenn aber ein „Infektionist" sagen will, es gebe bei der Schizophrenie keine Heredität, sondern nur Infektion an gemeinsamer Quelle, oder wenn jemand annehmen mag, die Gemeinsamkeit psychischer oder physischer Erlebnisse verursache bei Zusammenlebenden solche Krankheitsanhäufungen, so können wir ihm keinen Gegenbeweis liefern. Solche Zweifler mögen anführen, daß sich in vielen Fällen bei ganz genauer Nachforschung keine hereditäre Anlage und keine individuelle Disposition (wie verschlossener Charakter) nachweisen läßt.

Und doch wird die Heredität eine Rolle in der Ätiologie der Schizophrenie spielen. Aber wie groß und welcher Art ihr Einfluß ist, das kann noch nicht gesagt werden. Um weiter zu kommen, müßten wir zuerst einen brauchbaren Hereditätsbegriff haben; wir sollten wissen, welche Krankheiten, speziell welche Psychosen in der Familie Zusammenhang mit der Schizophrenie eines ihrer Glieder haben, und welche Verwandtschaftsgrade dabei in Betracht kommen. Zur Zeit ist der einzig gangbare Weg zur Lösung dieser Fragen der statistische; es fehlt aber an den ersten Versuchen zu einer solchen Statistik[1]):

Wir wissen bis jetzt, daß sich die Gesamtbelastung der Schizophrenen von der der Gesunden etwas unterscheidet[2]). Von den Schizophrenen sind 90% belastet[3]) gegenüber 67% bei Nichtgeisteskranken und 65% bei Gesunden[4]).

---

[1]) Die sehr interessanten Publikationen Vorsters und Siolis können als statistische Vorarbeiten natürlich nicht in Betracht kommen.

[2]) Die Angaben beziehen sich immer auf Eltern und deren Geschwister, Großeltern und Geschwister der Kranken. — Die Zahlen für die Schizophrenie sind der Arbeit Wolfsohns entnommen, zum Teil allerdings in für unsere Bedürfnisse umgerechneter Form.

[3]) Mit Geistes- oder Nervenkrankheiten, abnormen geistigen Anlagen, Trunksucht der Eltern.

[4]) „Gesunde" sind bei Diem die Nichtgeisteskranken abzüglich die Nervösen oder Psychopathen unter ihnen.

Zu enormen Unterschieden kommt man aber, wenn man nur die mit Geisteskrankheiten Belasteten berücksichtigt: in 65% der Familien von Schizophrenen läßt sich Geisteskrankheit finden, während Diem die Belastung durch Geisteskrankheit bei Nichtgeisteskranken auf 7·1% wertet. Leider lassen sich indes die Zahlen nicht streng miteinander vergleichen: Diem hat bei Belastung durch mehrere Familienglieder nur denjenigen Faktor in seine Berechnung gebracht, dessen Träger am nächsten mit der Testperson verwandt war. Da aber die Psychosen von allen seinen Erblichkeitsfaktoren nicht einmal den sechsten Teil ausmachen, und da bei den Geisteskranken die Belastung durch die Eltern die numerisch wichtigste ist, so kann der Vergleichsfehler nicht sehr in Betracht kommen. Die Belastung durch Geisteskrankheiten ist also sicher bei den Schizophrenen um ein Vielfaches so groß wie bei den Gesunden.

Noch schwieriger lassen die Zahlen von Diem und Wolfsohn einen Vergleich zu in bezug auf die Bedeutung der belastenden Verwandtschaftsgrade.

Ich kann nur sagen, daß unsere Schizophrenen (im Burghölzli) in 35% durch Geisteskrankheit der Eltern und Großeltern (oder beider) belastet sind[1]), während nach Diem bei den Eltern Nichtgeisteskranker in 2·2% und bei denen der Gesunden in 1·6% Geisteskrankheiten vorkamen, und die entsprechenden Zahlen der indirekten und atavistischen psychotischen Belastung bei den Nichtgeisteskranken 4 und bei den Gesunden 4·3 betrugen.

Per exclusionem ist nun diese hohe Belastung durch Geisteskrankheiten als eine schizophrene, also gleichartige anzusprechen. Wir wissen ja, daß die organischen Geisteskrankheiten hier nicht sehr in Betracht kommen, und daß das manisch-depressive Irresein nicht so häufig ist, daß es diese Zahlen stark beeinflussen könnte.

Für die Belastung durch andere Faktoren fallen die Unterschiede in der Zählart bei Diem und Wolfsohn wohl mehr ins Gewicht; Diems Zahlen müssen für uns zu klein sein.

Wolfsohn findet bei der Schizophrenie eine neurotische Belastung von 29%, wovon gerade die Hälfte mit Geisteskrankheit kombiniert ist. Wenn nun Diem eine neurotische Belastung von 8·2% bei seinen Nichtgeisteskranken und von 7% bei den Gesunden findet, so ist es trotz der veränderten Bedeutung der Zahlen sicher, daß die Belastung durch Neurosen bei unseren Kranken um ein Bedeutendes größer ist als bei Gesunden.

Ob sich diese neurotische Belastung mit Sicherheit für das Bestehen einer ungleichartigen Heredität, d. h. für eine Familiendisposition, die sich sowohl als Neurose wie als Schizophrenie äußern kann, ins Feld führen läßt, ist nicht sicher. Es ist ja wahrscheinlich, daß ein großer Teil dieser als Nervenkrankheiten taxierten Anomalien latente Schizophrenien waren.

Alkoholismus der Eltern (die anderen Verwandtschaftsgrade sind von Wolfsohn beim Alkoholismus nicht berücksichtigt) finden wir in 26%, wovon etwas über zwei Drittel sich mit anderen Belastungsmomenten (bei allen Familiengliedern) kombinieren. Die Nichtgeisteskranken und Gesunden Diems waren durch Alkoholismus der Eltern in 12 respektive 10% aller Fälle belastet. Da es

[1]) Nach Kraepelin (388, S. 270) nur 18—19%.

sich hier nur um die Eltern handelt, sind die Zahlen vergleichbar. Gewöhnlich ist der Vater der Potator, und Diem hat bei kumulierter Heredität der des Vaters den Vorzug vor der der Mutter gegeben; so sind Diems Zahlen sicher nicht viel zu klein[1]). Alkoholismus der Eltern ist also bei der Schizophrenie häufiger vorhanden als bei Gesunden[2]). Ist er aber Symptom der schizophrenen Familienanlage oder Ursache der Schizophrenie des Nachkommen?

Abnorme Charaktere fanden sich in der Verwandtschaft Schizophrener in 22% der Fälle, davon in 7% als alleiniger Belastungsfaktor, bei Diems Nichtgeisteskranken und Gesunden aber in 10·4 respektive 10·1%. Auch abnorme Charaktere können latente Schizophrenien sein.

Apoplexie und Dementia senilis kann keine Bedeutung als Zeichen einer schizophrenen Belastung haben, da diese Anomalien bei allen Geisteskrankheiten zusammen in geringerer Zahl vorhanden sind als bei Gesunden, und die Schizophrenie einen bedeutenden Teil aller Geisteskrankheiten ausmacht.

Die hereditäre Disposition spielt also sicher eine wichtige Rolle unter den Ursachen der Schizophrenie. Worin aber diese Disposition bestehe, und wie sie sich sonst äußern könne, wissen wir nicht; sie scheint für die Schizophrenie spezifisch zu sein.

Gibt es nun Schizophrenie ohne hereditäre Anlage? Wahrscheinlich. Jedenfalls kann man in etwa 10% der Fälle, trotz anscheinend genauer Kenntnis der Familiengeschichte bis in das dritte Glied oder auch weiter keine Anlage nachweisen. Hinzu kommt, daß natürlich ein beträchtlicher Teil der als „belastet" geführten Kranken gar nicht durch die schizophrene Disposition belastet sind.

Man hat namentlich in Frankreich die Geisteskrankheiten und damit die Schizophrenie auch mit anderen Familiendispositionen wie der rheumatischen und der skrofulösen in Zusammenhang gebracht. Es wird hier genügen, darauf aufmerksam zu machen, daß solche Anschauungen zurzeit ganz in der Luft stehen. Lomer (S. 390) nimmt als möglich an, daß bei größerer spezifisch-psychopathischer Vererbungskraft des Vaters vorwiegend der katatonische, bei der der Mutter vorwiegend der hebephrene Symptomenkomplex sich herausbilde. Nach ihm (S. 389) disponiert auch Kombination von Geisteskrankheit und Alkoholismus der Eltern zu Katatonie (vgl. oben Fuhrmann), Geisteskrankheit plus Neurasthenie zu Hebephrenie. Über die Größe der spezifisch psychopathischen Vererbungskraft habe ich kein Urteil. Dagegen haben unsere Beobachtungen ergeben, daß die Heredität nach den jetzigen Prinzipien keine erkennbare Beziehung zu der Erscheinungsform der Krankheit hat.

Auffallend ist, daß Magnan bei seinem Délire chronique, das wir der Schizophrenie zuzählen müssen, keine Degenereszenz gefunden hat, ein Begriff, der bei ihm nicht von der psychotischen Heredität zu trennen ist.

Vielleicht gibt es auch eine Disposition, die dem Entstehen der Schizophrenie ungünstig ist. Nach gewissen Zusammenstellungen kommen „Nervenkrankheiten" in den schizophrenen Familien seltener vor als bei den Angehörigen Gesunder (Koller:

---

[1]) Bertschinger (S. 270) findet in 249 Fällen Alkoholismus der Verwandten überhaupt bei 151 Patienten, von denen 25 außerdem durch Geisteskrankheit belastet sind.

[2]) Fuhrmann (S. 817) meint, Alkoholismus der Erzeuger verursache bei den Nachkommen Störungen, die den Alkoholpsychosen ähnlich seien, aber nachher rasch zu Verblödung führen.

vgl. auch Wagner v. Jauregg). Solange der Begriff der Nervenkrankheiten und die Statistik selbst so schwankend ist, tut man aber wohl gut, in solchen Annahmen die höchste Vorsicht walten zu lassen.

B. Das jugendliche Alter[1]) hat eine besondere Disposition zu der Erkrankung. Kraepelin macht über das Erkrankungsalter von 296 Fällen folgende Angaben[2]).

Erkrankungsalter	Prozent
bis 15 Jahre	6
— 20 ,, . . .	32·5
— 25 ,, . . .	24·5
— 30 ,, . . .	19
— 35 ,, . . .	11
— 40 ,, . . .	5
— 45 ,, . . .	1·5
— 50 ,, . . .	0·7 (?)
— 55 ,, . . .	0·4 (?).

Wolfsohn bekam von 618 Patienten des Burghölzli folgende Zahlen:

Es erkrankten im Alter von	Männer	Frauen	Total
	Prozent		
1—15 Jahren	6	3	4
15—20 ,, ...	21	16	18
20—25 ,, ...	25	20	22
25—30 ,, ...	22	18	20
30—35 ,, ...	10	14	12
35—40 ,, ...	10	11	11
40—45 ,, ...	5	5	5
45—50 ,, ...	4	6	4
50—55 ,, ...	0	5	3
55—60 ,, ...	0	2	1
60—65 ,, ...	0	0	0

Bei Kraepelin sind über 60% vor dem 25. Jahre erkrankt; bei uns nur 44%. Ich möchte aber diesen Unterschieden zunächst keine Bedeutung geben, denn solche Zahlen sind unter anderem eine Funktion der Aufnahmsverhältnisse und der Genauigkeit der Anamnesen. Ich führe deshalb auch keine weiteren Untersuchungen an.

Bemerkenswert scheint mir bloß noch, daß an Wolfsohns Material die Kurve der Männer vom Maximum im fünften Quinquennium regelmäßig absteigt, während die der Frauen zwischen 45 und 50 Jahren einen kleinen Anstieg zeigt, der umso besser markiert, als auch die beiden folgenden Pentaden noch stärker besetzt sind als bei den Männern. Es handelt sich wohl um einen Einfluß des

[1]) Im Kindesalter wird die Krankheit selten manifest. Doch gibt es Fälle, die man als originäre Schizophrenie bis in die ersten Lebensjahre zurückführen muß.

[2]) Die Zahlen sind der Figur entnommen und deshalb nicht absolut genau.

Klimakteriums, das sich in der weiblichen Psyche mehr geltend macht als beim Manne, der auch in diesem Alter noch nicht zu verzichten hat.

Die einzelnen Krankheitsgruppen verhalten sich ungleich, indem (nach Kraepelin) von den einfach hebephrenen Formen 72, von den katatonen 68, von den paranoiden nur 40% vor das 25. Lebensjahr fallen.

C. Ob es eine individuelle Disposition gibt, ist fraglich. Unzweifelhaft sind viele der späteren Schizophrenen schon in der Jugend „eigen", zurückgezogen, autistisch. Es läßt sich aber zur Zeit nicht entscheiden, ob dieses Verhalten Äußerung einer Disposition oder der schleichend beginnenden Krankheit selbst ist.

Die Intelligenz ist jedenfalls nicht mit der Disposition im Zusammenhang. Elmiger und Lugaro haben geradezu auffallend viel gute Anlagen konstatiert, während wir selbst wenigstens ein Überwiegen minderwertiger Intelligenzen ausschließen können.

Bertschinger ist es aufgefallen, daß unter den Kranken sehr viele schmächtige und kleine Leute seien. Ich hatte auch schon längst den nämlichen Eindruck; man kann sich aber bei diesen energielosen, zusammengeschobenen Figuren leicht täuschen, und eine wirkliche Untersuchung fehlt.

Von den äußeren Umständen scheint die Schizophrenie unabhängig zu sein. Sie kommt bei Armut und Überfluß, in allen Verhältnissen, geordneten und ungeordneten, glücklichen und unglücklichen vor. Stadt und Land beherbergen sie in gleicher Weise (Gaupp 258). Auch in jedem Klima gibt es Schizophrene. Über den Einfluß der Rasse vgl. S. 273.

Soukhanoff findet bei „Degenerierten" eine „Constitution idéo-obsessive". Mit diesem Begriffe ist wohl nichts anzufangen.

Man hat auch seit Dezennien geäußert, daß namentlich Gouvernanten leicht schizophren werden. Man sprach geradezu von einer „Gouvernantenpsychose" oder behauptete, daß Gouvernanten besonders schwer (und in unangenehmer Form) erkranken. Es wird insofern etwas daran sein, als Mädchen, die über ihren Stand hinaus wollen und doch nicht können, unter denen viele zu Schizophrenie prädisponierte sein müssen, leicht Gouvernanten werden, und als die Behandlung dieser Personen oft genug Anlaß gibt, um eine Schizophrenie zu determinieren. Immerhin müßte erst noch festgestellt werden, ob die Gouvernanten wirklich in größerer Zahl erkranken als Angehörige anderer Berufe.

Von jeher ist wohl die Onanie eine der am meisten erwähnten Ursachen der „juvenilen Psychosen". Man will sogar bestimmte Formen unserer Krankheit damit in Zusammenhang bringen. Es ist nun richtig, daß so ziemlich alle unserer Kranken onanieren oder onaniert haben. Wenn man aber genauer zusieht, so findet man keinen Zusammenhang mit dem Verlauf der Krankheit. Ganz exzessive Masturbanten, die sozusagen kontinuierlich onanieren, erholen sich dennoch von ihren akuten Anfällen oder bleiben jahrzehntelang auf der gleichen Stufe der Verblödung stehen. Kastration hat keinen direkten Einfluß auf die Krankheit. Wir müssen also die Masturbation, soweit sie einen Zusammenhang mit der Krankheit hat, als Symptom derselben auffassen und nicht als Ursache. Zunächst allerdings fällt in Betracht, daß bestehende Onanie beim Mangel der Scham viel eher zur Kenntnis des Beobachters kommt als sonst. Dann aber begünstigt der Wegfall der Hemmungen die Onanie direkt, und vor allem ist es der Autismus, der die Kranken zur Selbstbefriedigung zwingt. Nur auf sexuellem Gebiet ist es möglich, seine Wünsche autistisch einigermaßen zu erfüllen: für den Kranken ist die eingebildete Geliebte mehr als eine wirk-

liche, deshalb wird der normale Verkehr verhältnismäßig so wenig gesucht[1]), und deshalb bewegt sich das sexuelle Leben auch wenig vorgeschrittener Kranker fast ganz auf dem Gebiete onanistischer Befriedigung.

Gravidität und Wochenbett scheinen einen Zusammenhang mit der Schizophrenie zu haben. Es gibt zu viele Frauen, die in mehreren Wochenbetten, oder in allen, einen Schub ihrer Schizophrenie bekommen, als daß man mit Reichardt nur Zufall annehmen dürfte[2]). Es ist aber sehr gut möglich, daß es sich da um psychische Zusammenhänge handle, die die Krankheit nicht bedingen, sondern manifest machen.

Ebenfalls noch zu studieren ist der Zusammenhang mit Infektionskrankheiten. Oft schließt sich die Schizophrenie an eine fieberhafte Krankheit an, und zwar auch etwa in Fällen, die vorher gar nichts Abnormes zeigten. Es könnte das ein Zufall sein; man sieht aber oft, wie ein Fieber eine wesentliche Besserung im Gefolge hat; wenn es somit die Psychose überhaupt beeinflußt, so darf man auch einen Zusammenhang von Fieber und Verschlimmerung nicht ohneweiters ablehnen. Es kann sich um physische oder psychische Einflüsse handeln. — Es ist ferner daran zu erinnern, daß viele Fälle, die von anderen zur Amentia gruppiert werden, unserer Schizophrenie angehören, und daß daselbst gern ein schwächendes, körperliches Moment, und zwar gerade eine fieberhafte Krankheit als Ursache angenommen wird.

Von mehreren Seiten wird jetzt auch ein Zusammenhang mit Syphilis vermutet. Es genügt wohl zu sagen, daß diese Hypothese durch nichts gestützt ist[3]).

Eine besondere Stellung nehmen organische Störungen des Gehirns ein. Wir wissen, daß chronische Meningitiden, Hirngliose, Hirntraumen ähnliche Krankheitsbilder erzeugen können wie die Schizophrenie. Hierbei ist wohl der Zufall ausgeschlossen. Leider haben wir keine solchen Fälle nach neueren Gesichtspunkten untersuchen können. So müssen wir nur die Frage stellen: Gibt es Psychosen, die auf einer Hirnkrankheit beruhen, mit den gleichen Symptomen wie die Schizophrenie? Wenn ja, welche Unterschiede zeigen sie gegenüber den anderen Fällen von Schizophrenie? Wäre es möglich, diese Fragen zu beantworten, so würde auch klar, wie man die zufälligen Komplikationen, die natürlich vorkommen müssen, von den echten organischen Katatonien unterscheiden könnte (Muralt, Köttgen, Crocq).

„Überanstrengung" wird auch von vorsichtigen Psychiatern sehr häufig als Ursache einer Schizophrenie genannt. Ich habe bis jetzt noch nichts gesehen, was für einen solchen Zusammenhang spräche. Faulenzer erkranken so gut wie Arbeitsame. Es kommt aber oft vor, daß Schizophrene im ersten

---

1) Schizophrene scheinen seltener venerisch infiziert als geistig Gesunde, und das trotz ihrer Hemmungslosigkeit oder Sorglosigkeit.

2) Soweit das Wochenbett in Betracht kommt, läßt sich leicht beweisen, daß Reichardt Unrecht hat: das Puerperium dauert etwa den zehnten Teil der Gravidität. Es kommen aber vielleicht zehnmal soviel Wochenbettpsychosen in die Anstalt wie Schwangerschaftspsychosen; und doch gibt es nicht mehr Puerperien als Schwangerschaften.

3) Roubinowitch und Levaditi haben neulich im Serum von 15 Schizophrenen in drei Fällen positiven Wassermann gefunden.

Stadium der Krankheit einen Schaffenseifer entwickeln, der keine Rücksicht auf Umstände und Leistungsfähigkeit nimmt, oder daß gerade das Nachlassen der Leistungsfähigkeit eine stärkere Anstrengung notwendig macht. Die „Überanstrengung“ ist dann Symptom und nicht Ursache der Krankheit. Viel häufiger allerdings ist sie nichts als Entschuldigung der Krankheit und der Familienanlage von Seite der Angehörigen, oder Entschuldigung für die Unkenntnis der Ursachen von Seite des Arztes.

In ähnlicher Weise werden auch bestimmte *Neigungen*, *Arten der Lebensführung*, „*Leidenschaften*“, der Erzeugung der Krankheit beschuldigt. Der eine soll krank geworden sein, weil er den aufregenden Beruf als Schauspieler ergriffen, der andere, weil er so unregelmäßig gelebt, immer den Beruf gewechselt hat, der dritte, weil er das Reisen als Leidenschaft betreibt. Sieht man genauer zu, so findet man nicht den leisesten Grund zu einer solchen Vermutung. Schizophrene nehmen weniger Rücksicht auf die Wirklichkeit, im Guten wie im Schlimmen, werden durch ihren Autismus selbständiger im Denken und Handeln; sie sind viel eher geneigt, eine Idee durchzuführen als andere, die durch gute und schlechte Rücksichten, Herdengeist, Suggestibilität gegenüber der Denkweise der Mehrheit, überhaupt größere Anpassungsfähigkeit an das Milieu *wie es ist*, daran verhindert werden. Alle neuen Bewegungen ziehen die latent Schizophrenen zuerst an und werden von ihnen gefördert und gefährdet zugleich. So erklärt es sich, daß von den „Stürmern und Drängern“ mehrere krank „wurden“, nicht aber dadurch, daß die Teilnahme an der Bewegung sie krank gemacht hätte.

Nicht unter allen Umständen von der Hand zu weisen ist eine ätiologische Bedeutung der *Unbefriedigtheit mit dem Leben*. Es ist ja wahrscheinlich, daß solche psychische Reize die Krankheit manifest machen können. Gewöhnlich aber verhält es sich auch da so, daß die Leute mit ihrem Beruf und ihrer Stellung nie zufrieden werden, weil sie eben krank sind.

Ob es überhaupt *psychische Ursachen* der Schizophrenie gibt, ist noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden; es ist aber wahrscheinlich zu verneinen. Man findet bei guten Anamnesen so regelmäßig Zeichen der Krankheit vor dem psychischen Trauma, daß es schwer wird, diesem eine ursächliche Bedeutung zu geben. In den meisten Fällen ist es denn auch ohneweiters klar, daß das unglückliche Liebesverhältnis, die Zurücksetzung im Amt usw. Folge und nicht Ursache der Krankheit war, wenn überhaupt ein Zusammenhang besteht.

Und doch taucht die Idee der psychischen Ätiologie der Krankheit immer wieder auf, einesteils, weil sich diese zu häufig an ein unangenehmes Erlebnis anschließt, andernteils weil auch nach dem manifesten Ausbruch Verschlimmerungen und Besserungen unzweifelhaft von psychischen Einflüssen abhängig sind, und weil auch die Symptome auf den Zusammenhang mit dem Erlebnis hinweisen, indem die verschmähte Liebende in den Delirien ihre Wünsche befriedigt oder Stereotypien produziert, die wenigstens eine symbolische Beschäftigung mit dem Gegenstand ihres Verlangens gestatten.

Aus all dem geht unzweifelhaft hervor, daß psychische Erlebnisse — natürlich fast immer unangenehmer Natur — schizophrene Syndrome bewirken können. Es ist aber im höchsten Grade unwahrscheinlich, daß die *Krankheit* dadurch wirklich hervorgebracht werde. Die psychischen Ereignisse lösen die Symptome,

nicht aber die Krankheit aus, etwa wie eine Anstrengung bei einem Phthisiker eine Lungenblutung auslösen kann, wenn die Gefäße bereits arrodiert sind. Allerdings stimmt dieser Vergleich insofern nicht ganz, als es sich bei den Symptomen der Schizophrenie nicht um eine bloße Schädigung handelt, sondern um eine Reaktion unter veränderten Umständen, eine Reaktion, die sich prinzipiell nicht von einer normalen unterscheidet.

So nehmen wir nicht an, daß ein Fall ins Wasser die Ursache der sich anschließenden Schizophrenie gewesen sei, sondern wenn er nicht bereits Symptom war, so hat wohl der Schreck die schon veränderte Psyche zu einer abnormen Reaktion veranlaßt.

Ebenso, wenn die manifeste Krankheit nach zufälligem Zusammentreffen mit der früheren Verlobten auftritt und später nach einigen Jahren guter Intermission wieder bei gleichem Anlaß zum Vorschein kommt.

In der gleichen Weise haben wir auch die meisten oder alle schizophrenen Gefängnispsychosen aufzufassen, bei denen allerdings recht häufig ein eigentlicher Krankheitsschub mitbestimmend sein wird.

Wie psychische Anlässe wirken können, zeigt sich z. B. in einem Falle, wo ein Mediziner während beider propädeutischer Examina und vor dem Schlußexamen je einen Anfall von Katatonie bekam. Ein als normal geltender Mann erkrankte viermal bei Anlaß des Militärdienstes an leichten Wahnideen. Ein Ingenieur bekam halluzinatorische Anfälle, als er aus politischen Gründen eingesteckt wurde, und gleiche, als sich seine Frau von ihm scheiden ließ. Eine Dame, die sich zu Hause noch halten konnte, bekam jedesmal eine Aufregung, wenn ihr etwas abgeschlagen wurde, z. B. die Teilnahme an einem Ball, an einer Gesellschaft. Der letztere Fall zeigt den Übergang zu den in den Anstalten so häufigen vorübergehenden Aufregungen bei irgend einer Unannehmlichkeit.

Eine besondere Beachtung verdient die Induktion. Ins Burghölzli wurden einmal vier Geschwister gebracht, die die gleichen Verfolgungs- und religiösen Wahnideen hatten. Es stellte sich heraus, daß eine Schwester, die intelligenteste der viere, zuerst erkrankt war und ihre Wahnideen den anderen aufoktroiert hatte. Sie verblödete ziemlich weitgehend und bekam später katatone Symptome. Eine zweite Schwester kam zur Entlassung, mußte aber später wieder aufgenommen werden. Zwei Brüder hielten sich nach der Entlassung draußen. Es ist unzweifelhaft, daß die beiden Schwestern an eigentlicher Schizophrenie leiden; wir haben aber auch guten Grund anzunehmen, daß die anderen beiden Geschwister ebenfalls schizophren sind, nicht nur, weil sie nachher nicht ganz heilten, sondern weil ihre Lebensführung auch vorher schon darauf hindeutete. Bei einer andern Familie übertrug die Mutter ihre Größenideen auf die beiden Töchter, von denen die eine deutlich schizophren war, die andere sich von der Unrichtigkeit ihrer Ideen überzeugen ließ und dann keine Krankheitssymptome mehr zeigte.

Wir müssen also die Möglichkeit annehmen, daß ein energischer Kranker anderen Familiengliedern seine Wahnideen suggerieren kann, wenn sie mit den Komplexen (Wünschen und Befürchtungen) dieser im Einklang stehen. Zur Ausbildung einer Schizophrenie wird es aber nur dann kommen, wenn diese Krankheit auch sonst in dem Individuum steckt. Die Induktion hat dann nicht

die Krankheit als solche, sondern ihre Wahnideen und damit vielleicht auch den manifesten Ausbruch der Krankheit bestimmt.

Natürlich hat man alle möglichen Vorkommnisse im menschlichen Leben als Ursache der jetzt zur Schizophrenie gezählten Psychosen beschrieben. Man schickt uns „eine religiöse Manie, hervorgegangen aus einem Uterusleiden", wobei es genügt, zu bemerken, daß wir nicht den Schatten eines Anhaltspunktes haben, die Schizophrenie direkt mit Genitalleiden in Verbindung zu bringen (den Weg durch die Psyche im oben dargelegten Sinne natürlich vorbehalten). — Auf Vorstellungen einzugehen, wie die, die Krankheit komme davon, daß die jungen Leute nicht mehr folgen (Journ. ment. sc. 1904, S. 272), verbietet die Rücksicht auf den Leser.

X. Abschnitt.

Die Theorie.

1. Kapitel.

Die Theorie der Symptome.

Die Psychopathologie der Schizophrenie ist wohl eine der anziehendsten, gestattet sie doch die vielseitigsten Einblicke in das Räderwerk der kranken wie der gesunden Psyche. Ohne Hypothesen freilich ist auch hier so wenig auszukommen wie bei der Theorie anderer Psychosen. In der folgenden Darstellung muß es indes zur Vermeidung von Weitschweifigkeit dem Leser überlassen bleiben, sich jedesmal die nötigen Vorbehalte hinzuzudenken; ich hoffe, ihm diese Aufgabe nicht zu schwer gemacht zu haben. Ferner ist im Auge zu behalten, daß auch für den Fall, daß alle unsere Voraussetzungen richtig sein sollten, nur ein kleiner Teil aller der Mechanismen bekannt wäre, die zur Symptomatologie der Krankheit beitragen. Umgekehrt ist es selbstverständlich, daß niemand Anspruch machen kann, jetzt schon alles oder nur den größten Teil der Symptome zu erklären.

Primäre und sekundäre Symptome.

Eine physisch bedingte Psychose können wir nur verstehen, wenn wir die direkt dem Krankheitsprozeß entspringenden Symptome unterscheiden von den sekundären, die erst entstehen durch die Reaktion der kranken Psyche auf irgendwelche inneren und äußeren Vorgänge. Bei einer Krankheit wie der Osteomalacie bilden die chemischen und physiologischen Prozesse, inklusive der Entkalkung der Knochen, den Krankheitsprozeß; die Widerstandslosigkeit der Knochen ist eine direkte Folge der Knochenveränderung; eine Verbiegung oder ein Knochenbruch aber tritt erst ein durch äußere Einwirkung; diese letzteren Erscheinungen sind nicht Folge des Krankheitsprozesses an sich, sondern Folge des veränderten Verhaltens der Knochen gegenüber akzessorischen Einflüssen. Eine Kontinuitätstrennung des Abduzens ist eine Krankheit, die Lähmung der Augenbewegung nach außen die direkte und notwendige Folge derselben (primäres oder direktes Symptom). Die Kontraktur des Internus und die falsche Lokalisation der Gesichtsbilder sind sekundäre (indirekte) Symptome, entstanden durch physiologische Reaktionen des Organismus auf die veränderten Umstände.

Die primären Symptome sind notwendige Teilerscheinungen einer Krankheit; die sekundären können, wenigstens potentia, fehlen oder wechseln, ohne daß der Krankheitsprozeß sich zugleich ändert.

Fast die gesamte bis jetzt beschriebene Symptomatologie der Dementia praecox ist eine sekundäre, in gewissem Sinne zufällige. Die Krankheit kann deshalb lange Zeit symptomlos bleiben. Welche Symptome entstehen, ob ein chronischer Schizophrene gerade heute ruhig arbeitet oder herumbummelt oder sich zankt, ob er reinlich ist oder schmiert, das hängt meist von einer Menge aktueller und vorausgegangener Erlebnisse ab und nicht direkt von der Krankheit. Irgend ein affektbetontes Ereignis löst einen halluzinatorischen Aufregungszustand aus. Eine Versetzung kann die Halluzinationen zum Verschwinden bringen. Die Affekte, die jahrelang vollständig zu fehlen schienen, können bei gewissen Gelegenheiten plötzlich in normaler Weise funktionieren. — Kein Schizophrene kann ferner die Wahnidee bekommen, Fräulein N. wolle ihn heiraten, wenn er nicht von Fräulein N. gewußt hat, und ich möchte hinzufügen, wenn nicht noch andere Erlebnisse seine Wünsche oder Befürchtungen in dieser Richtung determiniert haben. Keiner wird halluzinieren, die Jesuiten verfolgen ihn, wenn er nicht etwas von der Bedeutung der Jesuiten gehört hat. Der Inhalt der Wahnideen und Halluzinationen ist also undenkbar ohne bestimmte äußere Erlebnisse; die Symptome selbst ohne Inhalt sind aber unmöglich. Es kann also (ganz abgesehen vom auslösenden Anlaß) Halluzination und Wahnidee nicht direkt dem Krankheitsprozeß entspringen, dieser schafft nur die Disposition, auf der psychische Vorkommnisse das Symptom entwickeln[1]).

A. Die primären Symptome.

Mit Sicherheit kennen wir die primären Symptome der schizophrenen Hirnaffektion noch gar nicht. Immerhin dürfen wir mit Wahrscheinlichkeit eine Anzahl einfacherer Erscheinungen dazu rechnen; vor allem einen Teil der Assoziationsstörungen. Es ist, wie wenn die durch Erfahrung gebahnten Verbindungen und Hemmungen an Bedeutung eingebüßt hätten. Die Assoziationen gehen viel leichter in neue Bahnen, folgen also nicht dem durch die Erfahrung vorgezeichneten, d. h. logischen Wege. Jung macht allerdings darauf aufmerksam, daß auch bei Gesunden in der Zerstreutheit und im unbewußten Denken ähnliche ungewohnte Bahnen eingeschlagen werden. Aber so weit wie bei der Schizophrenie geht es doch in keinem solchen Falle (nur der Traum bildet wahrscheinlich ein genügendes Analogon in der gesunden Psyche). Man findet namentlich in akuten Zuständen der Schizophrenie oft eine so vollständige Zerstückelung des Gedankenganges, daß es zu keiner fertigen Idee und wohl zu Bewegungen, aber nicht zum Handeln kommen kann. Dabei werden sogar Begriffe wie Vater und Mutter verschwommen. Solche Verwirrtheiten sehen wir denn auch am ehesten ohne psychischen Anlaß auftreten; sie bilden oft den Gipfel der Kurve einer subakut verlaufenden schizophrenen Phase. Manchmal sind sie von einem Symptomenkomplex begleitet, den wir als Zeichen einer Infektion oder Autintoxikation anzusehen gewohnt sind: belegte trockene Zunge, Fuligo, Verdauungsstörung,

[1]) Es gibt allerdings Leute, die sich vorstellen, irgend ein Gehirnreiz könne diejenigen Systeme (oder horribile dictu diejenigen Einzelzellen) anregen, in denen gerade die Vorstellung der Jesuiten oder einer bestimmten Drohung durch Jesuiten „aufgespeichert" sei. Dies ist nahezu so wahrscheinlich, wie wenn man durch mechanische Reizung des Akustikus ein Gedicht hören lassen wollte.

Abnahme der Kräfte, des Körpergewichtes, grober Tremor, hie und da etwas Fieber, vielleicht auch Brucesche Leukozytose. Aus all dem wird es wahrscheinlich, daß diese Arten von Verwirrtheit der direkte Ausfluß der Steigerung des Krankheitsprozesses sind, und folglich die geringeren Grade der gleichen schizophrenen Assoziationszerspaltung, wie wir sie überall treffen, ein primäres Symptom darstellen. Wir halten also die Assoziationsstörung für primär, soweit es sich um Herabsetzung oder Nivellierung der Affinitäten handelt; sekundär sind die Sperrungen und die systematischen Spaltungen.

Eindruck des primären machen auch die Benommenheitszustände, in denen die Kranken sich Mühe geben, ihre Gedanken oder ihre Bewegungen zu irgend einem bestimmten Zweck zu sammeln und doch nichts zustande bringen. Gewöhnlich haben wir auch da einen relativ groben Tremor, ferner Kraftlosigkeit und eine gewisse Ungeschicklichkeit der Bewegungen. Man kann diese Kranken, soviel ich weiß, nicht wecken; sie bleiben so, bis der Anfall abgelaufen ist, ohne auf psychische Einflüsse mit wesentlicher Änderung des Zustandes zu reagieren. Hier scheint eine allgemeine Hinderung der zentralen Vorgänge[1]), irgend ein Torpor zu bestehen. Man bekommt denn auch oft den Eindruck, wie wenn die Kranken an Hirndruck litten, und wenn solche Patienten zur Sektion kommen, findet man, wie es scheint gewöhnlich (oder immer?) Hirnödem[2]) oder ein sehr straffes Piaödem. Ich glaube also, daß wir in gewissen Benommenheitszuständen einen Symptomenkomplex vor uns haben, der in seinen wesentlichen Bestandteilen nicht auf dem Umweg durch die Psyche gebildet wird. Wir wissen aber noch nicht sicher, ob die ihm zugrundeliegende Hirnveränderung dem schizophrenen Prozeß selber angehört oder einer sekundären Komplikation desselben; das Piaödem könnte z. B. die Folge einer schizophrenen Vasomotoriusstörung sein, wie man sie für die anderen Ödeme bei dieser Krankheit annimmt. Jedenfalls kommen diese Erscheinungen nicht in jedem Falle vor.

Eine besondere Stellung nehmen unter den akuten Bildern die melancholischen und manischen Anfälle ein. Wir wissen, daß der Zustand des Körpers, Verdauung, chemische Einflüsse (Alkohol) Affektschwankungen im Sinne der Manie und der Depression hervorbringen können, und wir müssen annehmen, daß Hirnveränderungen das Gleiche bewirken (Paralyse). Auch bei der Schizophrenie werden wohl Affektwellen vorkommen, die irgendwie organisch bedingt sind. Während man in einzelnen Fällen den Eindruck bekommt, es handle sich um eine Komplikation mit manisch-depressivem Irresein, scheinen die meisten manischen Anfälle dem schizophrenen Krankheitsprozeß selbst anzugehören. Bei den melancholischen Zuständen werden wir außerdem oft sekundäre (d. h. psychische) Genese treffen: Depression infolge von Krankheitsbewußtsein oder von Angstzuständen und ähnliches.

Jahrmärker führt unter den primären Erscheinungen wahrscheinlich mit Recht auch die Disposition zu Halluzinationen an. Doch treffen wir Sinnestäuschungen bei den verschiedensten Hirnprozessen, bei Vergiftungen und im Traume des Gesunden; wir sehen bei Künstlernaturen den Unterschied

---

1) Natürlich nicht im Sinne der manisch-depressiven Hemmungen.

2) Respektive eine andere Art Hirnschwellung (Reichardt).

zwischen Vorstellung und Wahrnehmung sich oft recht stark verwischen. So ist es nicht auszuschließen, daß die halluzinatorische Disposition etwas in jeder Psyche Vorhandenes ist, und daß die Schizophrenie, wie viele andere Umstände, dieselbe nur manifest macht[1]). Mit größerer Wahrscheinlichkeit können wir mit Jahrmärker bei der Tendenz zur Stereotypie eine direkt dem Krankheitsprozeß entspringende Wurzel annehmen (siehe unter Theorie der Stereotypien).

Hinter einem Teil der übrigen katatonen Symptome wird man vielleicht auch einmal eine allgemeine Tendenz finden, die als primäres Symptom gelten muß. Wie wir später sehen werden, sind allerdings auch die katatonen Symptome nicht unabhängig von zufälligen Einwirkungen. Aber die chronischen katatonen Symptome haben eine so unzweifelhaft schlimme prognostische Bedeutung, daß es zu nahe liegt, sie als Ausdruck irgend eines schweren Hirnprozesses aufzufassen.

Von den körperlichen Symptomen sind zunächst zu erwähnen die Todesfälle mit den Erscheinungen von Hirnlähmung und die Störungen des Stoffwechsels, die bis zum Tod an Marasmus führen können.

Mit Wahrscheinlichkeit sind als organisch, d. h. als primär zu deuten die Pupillendifferenzen (während die symmetrischen Anomalien der Pupillenweite auch psychisch begründet sein können). Abgesehen von der gewöhnlichen Auffassung dieses Symptoms[2]) kommt der Deutung noch der Umstand zu Hilfe, daß wir — allerdings an noch zu kleinem Material (Zablocka) — die Pupillendifferenzen bei schlechterem Ausgang fanden als die anderen Pupillenstörungen. Sie wären also ebenfalls Ausdruck einer stärkeren Hirnaffektion.

Der Tremor, der in akuten Zuständen manchmal dem grobschlägigen Zittern der Fiebernden ähnlich sieht und in den chronischen unabhängig von Aufregungen oder Anstrengungen besteht, kann auch nur organisch gedeutet werden, ebenso die fibrillären Zuckungen. Wahrscheinlich gehört hierher auch die Steigerung der idiomuskulären Erregbarkeit, ferner manches hartnäckige Kopfweh und der Schwindel, die oft die Krankheit begleiten und noch häufiger ihr vorangehen.

Die Anomalien des Vasomotorius könnten sekundär ausgelöst sein. Oft aber sind sie in gar keinem Verhältnis zu den Störungen der Affektivität, oder sie beschränken sich nur auf einzelne Körperteile, so daß man den Eindruck bekommt, ein Teil derselben sei direktes Symptom einer Störung im Zentralnervensystem.

Ebenso müssen die Ödeme aufgefaßt werden. Ein Teil derselben scheint durch den Krankheitsprozeß direkt bedingt zu sein.

Organisch bedingt scheinen auch manche katatone Anfälle, besonders wenn sie von Parese einzelner Muskelgruppen gefolgt sind. Eine psychogene Entstehung erscheint bei vielen ausgeschlossen, ganz abgesehen davon, daß die Anfälle oft nicht zu unterscheiden sind von den Anfällen bei Epilepsie und bei Apoplexien.

---

[1]) Bei den Schizophrenen ist ja der Unterschied von Wirklichkeit und Vorstellung auch sonst durch die Spaltung der Psyche herabgesetzt — oft bis auf Null.

[2]) Immerhin gibt es bei Migräne eine Pupillendifferenz, bei der eine organische Grundlage nicht angenommen werden muß.

Mit diesen Wahrscheinlichkeiten ist wohl alles gesagt, was wir über primäre Symptome der Schizophrenie wissen.

B. Die sekundären Symptome.

a) Die einzelnen Symptome.

Sekundär sind zunächst, als direkte Folge der Lockerung der Assoziationen: der Gebrauch bloßer Begriffsbruchstücke zum Denken mit seinen unrichtigen Resultaten, die Verschiebungen, Symbolisierungen, Verdichtungen, die Zerfahrenheit des Denkens.

Ferner sind die Sperrungen im Entstehen wie im Vergehen von psychischen Einflüssen abhängig; sie können also nicht dem fortdauernden Krankheitszustand angehören[1]).

Das Systematische in der Spaltung der Assoziationen kann nur insofern direkt mit dem Krankheitsprozeß zusammenhängen, als die komplizierteren und weniger geübten Funktionen eher zerfallen als die anderen. Obwohl ein solches Verhalten in manchen akuten Fällen und bei sehr genauem Zusehen auch zweiten in chronischen Zuständen nachzuweisen ist, so springt doch viel häufiger eine ganz andere Spaltung in die Augen: in scheinbar ganz unregelmäßiger Weise werden einfache wie komplizierte psychische Gebilde zerlegt; unter Umständen werden die nächstliegenden Assoziationen unterdrückt, während daneben Funktionen, wie das Verstehen wissenschaftlicher Probleme, untadelhaft vor sich gehen. Diese Art Spaltung hat ihre rein psychischen Gesetze: diejenigen Funktionen werden gestört, die in Konflikt kommen mit gewissen affektiven Bedürfnissen des Patienten.

Die Neigung zu Assoziationsunterbrechung und Anknüpfung ungewohnter Assoziationen ist also wohl eine primäre; die Auswahl der Assoziationen aber, die in concreto gestört werden, wird meist sekundär durch die affektbetonten Komplexe bestimmt[2]).

Zu den sekundären Symptomen zähle ich vorläufig auch die Affektstörung, weiß mich aber dabei im Widerspruch mit der gewöhnlichen Auffassung der schizophrenen Verblödung. Meine Gründe sind folgende: Eine wirkliche Vernichtung der Affektivität ist auch in den schwersten Fällen nicht nachzuweisen; die fehlende Funktion kann bei eingehender Untersuchung des Patienten, bei Antönung seiner Komplexe, bei komplizierender Hirnatrophie wieder manifest werden.

In mittelschweren Fällen ist die Affektivität in einer Weise gestört, wie es einer allgemeinen Abschwächung der Funktion nicht entsprechen kann: die

[1]) Nicht unter allen Umständen ist die Abhängigkeit eines Symptoms vom psychischen Zustand Beweis für dessen sekundäre Genese: In Aufregungen wirken Schlafmittel schlecht oder gar nicht; eine Narkose wird durch den psychischen Zustand beeinflußt. Der Berauschte kann plötzlich nüchtern werden, nachdem er das angestellte Unglück erkannt hat.

[2]) In analoger Weise sehen wir bei der senilen Gedächtnisschwäche die Erinnerung zuerst und am häufigsten da versagen, wo sie mit unangenehmen Gefühlen betont ist. Ebenso kann mancher Paralytiker sich noch ganz gut orientieren, nur die ominöse Irrenanstalt sieht er trotz aller Gegenbeweise für ein Hotel an. — Ein leichter Reizzustand des Kehlkopfes braucht keinen Husten zu bedingen. Dieser wird erst ausgelöst durch Einatmen verunreinigter Luft oder durch eine unangenehme psychische Situation.

einen Affekte sind da, die anderen nicht, und zwar ist die Auswahl so, daß das Vorhandensein der einzelnen nur aus psychischen Ursachen erklärbar ist. Auch zeitlich wechseln die einzelnen Affekte wie der Zustand der Affektivität je nach psychischer Konstellation und Anregung.

In leichten Fällen sehen wir oft eine Hyperfunktion der Affektivität, nicht nur Empfindlichkeit, sondern allgemeine Empfindsamkeit.

Das genauere Studium der Affektivität überhaupt, bei Menschen und Tieren, bei Gesunden und Kranken, scheint eine isolierte Vernichtung einer so primären Funktion bestimmt auszuschließen.

Ganz selbstverständlich sind sekundär die bekannten Störungen des Gedächtnisses und der Orientierung, die, wenn überhaupt, ausschließlich im Sinne bestimmter Komplexe auftreten, und die Automatismen (inklusive Zwangsgedanken usw.), die nur auf Grund einer gewissen Selbständigkeit bestimmter Komplexe entstehen können.

Daß die Störungen der komplizierten Funktionen der Intelligenz (Blödsinn und Wahnideen), der Synthese der Person, des Verhältnisses zur Wirklichkeit (Autismus) und des Strebens (Unberechenbarkeit, Abulie) nur im Zusammenhang mit den schon genannten sekundären Symptomen verständlich, also zum allergrößten Teil selbst sekundäre Erscheinungen sind, bedarf ebenfalls keines Beweises. Auch der Negativismus ist gewiß ein ganz kompliziertes sekundäres Phänomen.

Wie oben ausgeführt, gibt es noch eine Anzahl Symptome, zu deren Entstehen gewisse sekundäre Mechanismen notwendig sind, bei denen wir aber zur Zeit außerdem eine weitere Ursache voraussetzen müssen, die nur als primäre Disposition zu bezeichnen ist: hierher gehören die Halluzinationen, die Stereotypien, die Katalepsie.

b) Die Entstehung der sekundären Symptome.

Überblick. Die Lockerung der Assoziationen bewirkt einerseits, daß von der Erfahrung abweichende, also unrichtige Bahnen des Denkens eingeschlagen werden, andererseits, daß mit Bruchstücken von Ideen operiert werden muß. Aus der letzteren Abnormität ergeben sich die Verschiebungen, Verdichtungen, Verwechslungen, die Verallgemeinerungen, die Assoziationen nach entfernter Klangähnlichkeit, die Zerfahrenheit und unrichtige logische Verknüpfungen.

Die Schwäche der logischen Funktionen gibt den Affekten ein relatives Übergewicht. Unangenehm betonte Assoziationen werden im Entstehen unterdrückt (Sperrungen); was dem Affekt widerspricht, wird abgespalten. Daraus entstehen wiederum logische Schnitzer, die u. a. die Wahnideen bedingen, und vor allem wird dadurch eine Zerklüftung der Psyche nach affektbetonten Komplexen bewirkt. Die dem Patienten unangenehme Wirklichkeit wird im Autismus abgespalten oder in den verschiedenen Wahnformen umgestaltet. Die Abwendung von der Außenwelt kann die Form des Negativismus annehmen. Die Spaltung der Assoziationen führt auch zur pathologischen Ambivalenz, indem widersprechende Gefühle oder Gedanken nebeneinander ablaufen, ohne einander zu beeinflussen.

Inhalt der Wahnideen sind Wünsche und Befürchtungen, die aber durch die Assoziationsstörungen[1]) oft bis zur Unkenntlichkeit karikiert werden. Die gleiche (bewußte oder unbewußte) Tätigkeit der abgespaltenen Komplexe bedingt ferner die Erinnerungstäuschungen und den Inhalt der Halluzinationen, der Manieren und der meisten oder aller Stereotypien.

Die Affektsperrung entsteht im wesentlichen dadurch, daß die Affekte (meist schon in statu nascendi) unterdrückt werden, aber dennoch andere Affekte hemmen. Die Gleichgültigkeit wird aber noch durch andere Umstände vergrößert, so namentlich durch den Autismus und die Abspaltung gefühlsbetonter Komplexe.

α) Gedankenablauf. Spaltung.

Ausgehend von der als primär aufgefaßten Assoziationsstörung können wir die große Mehrzahl der sekundären Symptome zwar noch nicht mit zwingender Notwendigkeit ableiten, aber doch vorläufig unter einheitliche Gesichtspunkte bringen.

Bei der Schizophrenie haben die eingeübten Assoziationsbahnen an Festigkeit verloren: Assoziationen, die sonst regelmäßig gemacht werden, unterbleiben; dafür wird Material assoziiert, das normaliter nicht mit dem Ausgangsgedanken zusammenhängt. So straffe Verbindungen, wie die der wesentlichen Teile eines Begriffes können unbenutzt bleiben; dafür können (aber müssen nicht) ganz neue Bahnen eingeschlagen werden: der Vater denkt in einem bestimmten Zusammenhang sich selbst als Mutter seiner Kinder, indem er notwendige Attribute seiner Person ignoriert und an deren Stelle Attribute seiner Frau einsetzt. Ganz aufgehoben sind indes die Unterschiede in der assoziativen Affinität niemals. Auch in den schwersten Fällen geht die Mehrzahl der Assoziationen ihre gewohnten Bahnen; denn immer kommen noch unzählige ungefähr richtige Begriffe und Gedankenstücke zustande. Unter welchen Einflüssen und nach welchen Regeln die Abweichungen entstehen, wissen wir nur zum Teil: Viele schizophrenen Assoziationen erscheinen uns „zufällig". Wir sehen indes, daß systematische Affektwirkungen viele Assoziationsfäden zerreißen und andere knüpfen. Statt der Begriffe und Ideen leiten oft nur Bruchstücke derselben oder unrichtig zusammengesetzte Konglomerate solcher Trümmer den Gedankengang. Dieser muß deshalb in vielen Richtungen entgleisen.

So werden die extremen Klangassoziationen verständlich, die sich nur auf die Gleichheit eines einzigen Lautes gründen (Schuh — Schönheit[2]). Worte mit mehreren gleichen Lauten treten leichter und häufiger füreinander ein[3]).

[1]) Und vielleicht auch durch affektive Bedürfnisse im Sinne von Freuds Traumzensur.

[2]) Lobsien hat bei Kindern nachgewiesen, daß Alliterationen, wie „Federkasten — Flasche" oft Anlaß zu festen Assoziationen gaben. Immerhin ist es ein großer Unterschied, ob solche sinnlosen Assoziationen im Experiment, das keinen andern Zusammenhang gibt, entstehen oder im gewöhnlichen Denken. — Die Alliterationen der altdeutschen Dichtung müssen ähnliche Kraft gehabt haben wie der moderne Reim.

[3]) Das ist bei Kindern und im Traum noch häufiger als in der Schizophrenie. Ein Kind kann die Wörter „Italiener und Laterne" miteinander verwechseln. Ich träumte einmal den Gedanken: „*Mach* nur nicht zu *viel*", der in den Worten ausgedrückt wurde: „*Ma*randon de Mont*yel*" (natürlich brauchte es noch andere konstellierende Momente, die die Auswahl gerade dieses Namens bestimmten).

In gleicher Weise können Begriffe miteinander verwechselt werden, die nur einen kleinen Teil gemeinsam haben: Eine Patientin findet, es sei, wie wenn sie Küsse schicke, wenn sie den Faden mit dem Munde netzt.

„Verschiebungen", darin bestehend, daß auf einmal in einem Gedankengang ein Begriff, eine Idee für eine andere eingesetzt wird, sind eine ähnliche Folge der Unvollständigkeit der Assoziationskomplexe. Der Mangel an Logik verhindert die Richtigstellung des Fehlers. Der häufige Gebrauch von Symbolen ist ein Spezialfall dieser Anomalie.

Mehrere Begriffe mit gemeinsamer Komponente können auf diese Weise in einen verdichtet werden, indem eben nur das Gemeinsame zur Geltung kommt[1]), so verschiedene Geliebte, verschiedene Aufenthaltsorte der Kranken.

Begriffe und Ideen, die nur teilweise gedacht werden, müssen überhaupt leicht verschwimmen. Das wird eine der Ursachen der schizophrenen Neigung zu Verallgemeinerungen und Ausdehnung eines Symptoms sein. Andere Ursachen sind wohl der Mangel an Hemmungen, die eine psychische Funktion auf inadäquate andere Psychismen ausüben sollte, sowie die erleichterte Benutzung ungewohnter Bahnen.

Wird beim Denken die Zielvorstellung nicht beständig mitgedacht, so entsteht Zerfahrenheit aller Art; der Kranke verliert sich in Nebenassoziationen, er wird von außen abgelenkt, wo es sonst nicht der Fall ist, und beachtet umgekehrt äußere Vorgänge nicht, die den Umständen nach beachtet werden sollten.

Sind die Assoziationen nicht mehr auf die gewohnten Bahnen angewiesen, so können zufällig sich bietende Verknüpfungen logischen Wert erhalten. Was der Kranke eben erlebt, kann verbunden werden in beliebiger durch die Umstände gegebener logischer Form (er hat eine Scheibe eingeschlagen, „weil" der Arzt eine Brille trägt)[2]).

Andere Assoziationsstörungen haben außer dem häufig vorhandenen Mangel einer Zielvorstellung noch vielerlei Wurzeln. Das Ausassoziieren z. B. wird u. a. auch begünstigt durch das „sentiment d'incomplétude", das sich bei unvollständigem Denken leicht einstellt. — Das Benennen und die Gebundenheit lassen sich unter Umständen dadurch erklären, daß die Gedanken nicht fortschreiten, was natürlich wieder verschiedene Ursachen haben kann, z. B. die Affektlosigkeit oder die Benommenheit[3]). Auch die mittelbaren Assoziationen können auf verschiedene Weise zustande kommen. Wichtig ist wohl auch hier neben dem Mangel der Zielvorstellung nach Analogie des Normalen die Störung der Aufmerksamkeit.

---

[1]) Auch das ist im Traume etwas Gewöhnliches.

[2]) Diese Symptome an sich sind natürlich nichts Pathologisches. Das Kind muß erst lernen, welche der ihm dargebotenen Verbindungen nach Gleichzeitigkeit und Nacheinander „zufällig" seien. Ein 2jähriges Kind verschüttet Wasser, während ich ihm eine Frage über etwas ganz anderes vorlege, und antwortet ganz unpassend „wegen dem Wasser". Auch die Mythologie mit ihren Personifikationen, Verdichtungen und Auflösungen bietet eine reiche Fundgrube für Analogien zum schizophrenen Gedankengang. Der Osterhase legt Eier, weil sowohl Hase als Eier Symbole der Fruchtbarkeit und der Ostara heilig sind. Die Dreieinigkeit ist gebildet worden, weil man das Bedürfnis hatte, jede der drei darin vertretenen Personen zu ehren, nachdem die Idee des einigen Gottes schon durchgedrungen war.

[3]) Wenn ich in Gedanken versunken an einer Firmatafel vorbeigehe, kann es vorkommen, daß ich dieselbe ganz unbewußt, zwar nicht hörbar, aber doch mit Lippenbewegungen, lese.

Am meisten leiden natürlich die logischen Operationen. Viele Begriffe und Ideen, die in Rechnung kommen sollten, werden überhaupt nicht herbeigezogen, andere sind nicht voll ausgedacht; wenn im Begriff „Vater“ nur der Teilbegriff „Erzeuger“ gedacht wird, kann derselbe mit dem der Mutter verwechselt werden. So kommen manche logischen Operationen zu einem falschen Resultat.

Die bisher genannten Anomalien sind so unmittelbare Folgen der primären Assoziationsstörungen, daß man sie fast ebenso gut noch selbst zu diesen hätte zählen können. Nun ergeben sich aber außerdem indirekte Konsequenzen aus dem gestörten Verhältnisse zwischen Assoziation und Affektivität, die zwar nur bei bestimmten Anlässen in Erscheinung treten, aber dennoch im Krankheitsbilde meistens dominieren. Logische und affektive Bedürfnisse stehen oft miteinander im Widerspruch. Die Wirkung der Affekte kommt deshalb bei jeder Krankheit, welche die Logik schwächt, zu stärkerer Geltung.

Während die intellektuellen Gedankengänge durch die Erfahrung gegebene Bahnen einschlagen[1]), dirigieren die Affekte die Assoziationen im Sinne der entsprechenden Strebungen (Erlangung von Lust, Abwehr von Unlust); sie fördern die gleichsinnigen Verbindungen und erschweren das Zustandekommen derer, die ihnen nicht entsprechen; sie geben ferner den Ideen andere Valenzen, so daß z. B. die Gefahr einer gewünschten Unternehmung unterschätzt, die einer unerwünschten vergrößert wird; es ist, wie wenn man in einer numerischen Rechenoperation das Dezimalzeichen einzelner Zahlen versetzte. Beim Normalen bestimmt die Affektivität im wesentlichen bloß die Richtung des Handelns; nur in ganz starker Erregung, oder da, wo die Subjektivität erlaubterweise mitspricht (Geschmacksurteil), werden logische Operationen normaliter im eigentlichen Sinne gefälscht. Bei krankhaft geschwächter Logik aber greift die Wirkung der Affekte auch auf sonst klare und fest gegründete Detailassoziationen über. Sie werden im Sinne der Wünsche und Befürchtungen gefälscht. Was man wünscht und fürchtet, hält man für eine Realität (vgl. Theorie der Wahnideen).

Die auffallendste Wirkung der Affektivität ist bei der Schizophrenie die Sperrung. Sie ist an sich kein pathologisches Symptom. Wir sehen sie beim Gesunden, wenn er durch eine Gemütsbewegung überwältigt wird, in Schreck, Angst, sogar gelegentlich einmal bei freudiger Überraschung. Kinder, Imbezille, Hysterische, die sich, jeder aus einem andern Grunde, sehr leicht durch Affekte überrumpeln lassen, werden auch leicht gesperrt[2]). Wo wir bei unseren Schizophrenen den Eintritt der Sperrung verfolgen können, ist immer ein Komplex angeschnitten oder ein unangenehmes Gefühl hervorgerufen worden. Der Schluß liegt nahe, daß die allgemeinen und lange dauernden Sperrungen in katatonen Zuständen eine Übertreibung des gleichen Phänomens seien. Wir können denn

[1]) Da die Formen unserer Logik nur durch die Erfahrung gegebene Assoziationen wiederholen oder Analogien dazu bilden, ist es selbstverständlich, daß die erworbenen logischen Assoziationen bei einer allgemeinen Hirnstörung vor den angeborenen affektiven geschädigt werden. Wenn es eine schizophrene Anlage der Psyche gibt, möchte dabei in Betracht kommen, daß Individuen, deren Fähigkeit zur Reproduktion der Wirklichkeit und ihrer Zusammenhänge schwach entwickelt ist, zum Autismus disponiert sein müssen.

[2]) Der Emotionsstupor, der eintritt, wenn man sich einer Anforderung nicht gewachsen fühlt (Risch), ferner wohl auch die Kataplexie der Tiere, wenigstens der höheren, ist etwas Analoges.

auch diese Sperrungen in keiner Weise von den rascher vorübergehenden unterscheiden. Sie entwickeln sich auch gelegentlich aus den ersteren unter unseren Augen. Zur Entstehung dieser allgemeinen Sperrungen wirkt vielleicht auch die schizophrene Neigung zum Andauern beliebiger Erscheinungen (Stereotypierung) mit, ganz sicher aber die Neigung zu Verallgemeinerung: Wir sehen ganz gewöhnlich, daß sich Sperrungen, die sich zunächst nur auf einen bestimmten Gedanken bezogen, rasch verallgemeinern, so daß dann mit dem Patienten überhaupt nichts mehr anzufangen ist. — Kraepelin legt Gewicht darauf, daß auch Gegenantriebe zu Sperrungen führen können, natürlich mehr auf dem Gebiete des Wollens als dem des Denkens. Das ist selbstverständlich richtig. Mit der Ablehnung eines Impulses ist aber so häufig ein Gegenimpuls verbunden, daß für uns dadurch mehr die Hervorhebung einer andern Seite des gleichen Vorganges als ein Novum gewonnen ist.

Manchmal macht es auch den Eindruck, daß die Interesselosigkeit ihren Anteil am Zustandekommen des Sypmtoms habe, indem sie beim ersten Hindernis den Gedankengang stille stehen läßt. Ferner scheinen bei schweren Katatonien mit benommenheitsartigen Zuständen noch andere Widerstände den Gedankengang allgemein zu hemmen; selbstverständlich tritt dann die Wirkung der Affekte, die Sperrung, doppelt leicht ein, oder Hindernisse des Denkens summieren sich. Umgekehrt kann sich der Kranke, wenn die psychischen Prozesse auf irgend eine Weise (Vergiftung? Hirndruck?) andauernd gehemmt sind, unter dem Einfluß einer Willensanstrengung vorübergehend normal bewegen. Wir hätten hier nicht eine sich plötzlich lösende allgemeine Sperrung, sondern das Gegenteil: Überwindung eines Hindernisses durch einen Affekt.

Da alles dem Affekt Widerstrebende stärker als normal unterdrückt, das ihm Entsprechende ebenso abnorm gefördert wird, so kommt es schließlich dazu, daß Widersprüche zu einer affektbetonten Idee gar nicht mehr gedacht werden können: der ehrgeizige Schizophrene träumt nur noch von seinen Wünschen; die Hindernisse ihrer Realisierung existieren für ihn nicht. So werden Komplexe von Ideen, die mehr durch gemeinsamen Affekt als durch logische Verknüpfung verbunden sind, nicht nur gebildet, sondern auch gefestigt. Durch den Nichtgebrauch büßen die von einem solchen Komplex zu anderen Ideen übergehenden Assoziationsbahnen im Verhältnis zu den adäquaten Assoziationen an Gangbarkeit ein, d. h. der affektbetonte Ideenkomplex grenzt sich immer mehr ab und erlangt immer größere Selbständigkeit (Spaltung psychischer Funktionen).

Alle (normalen und pathologischen) psychischen Vorgänge, sowohl die affektiven wie die logischen, haben aber neben der positiven Tendenz der Bahnung affilierten Materials auch die negative der Hemmung aller nicht affilierten Psychismen. Das bekannteste Resultat dieser Tendenz ist die „Bewußtseinsenge", d. h. die Unfähigkeit des Gesunden, Verschiedenes gleichzeitig zu denken. Sind nun die Assoziationen unterbrochen, primär durch die ursprüngliche Assoziationsstörung und sekundär durch die Abgrenzung des Komplexes, so wird nicht nur der verbindende, sondern auch der hemmende Einfluß der verschiedenen Ideen aufeinander herabgesetzt oder ganz unterdrückt. So wird uns die Tatsache verständlich, daß gleichzeitig mehrere Komplexe in der nämlichen Psyche funktionieren und unvereinbare Ideen

nebeneinander laufen können. (Der Patient kann, während er an etwas Bestimmtes denkt, Stimmen hören, Zwangsideen haben, Handlungen begehen, die einem ganz anderen Ideenkomplex angehören: er sieht im Untersucher zugleich den Anstaltsarzt N. N. und seinen Feind X. Y.)[1]).

Im Bewußtsein ist natürlich in einem gegebenen Moment auch bei der Schizophrenie gewöhnlich nur ein Komplex. Immerhin laufen etwa der autistische und der realistische Gedankengang gleichzeitig ab[2]), und ganz gewöhnlich sehen wir intime Mischungen von Ideen, die verschiedenen Komplexen angehören, im bewußten Gedankengang. Daß die Komplexe im Unbewußten funktionieren, ersehen wir in folgenden Erfahrungen: Sie erscheinen plötzlich weiter gebildet, indem z. B. fertige Wahnsysteme auf einmal ins Bewußtsein springen; in jedem Moment können sie bereit sein, sich Erfahrungen zu assimilieren (Beziehungswahn); sie äußern sich direkt in Halluzinationen, in der Mimik, in unbewußten oder zwangsmäßigen Handlungen und in Stereotypien. Ob ein Komplex zu einer gegebenen Zeit bewußt ist oder nicht, ist also recht nebensächlich.

Die Theorie braucht keine Rücksicht auf das Vorhandensein oder Fehlen der Bewußtheitsqualität der einzelnen Komplexe zu nehmen. Wir haben Grund zu der Annahme, daß sich eine bewußte psychische Funktion bloß dadurch von einer unbewußten unterscheide, daß sie mit der bewußten Persönlichkeit assoziativ verbunden sei. Ohne Berücksichtigung der Tatsache, daß es unbewußte Prozesse gibt, die, abgesehen von dem Fehlen der Bewußtheitsqualität, identisch sind mit den bewußten psychischen Vorgängen, kann man die schizophrenen Symptome so wenig verstehen wie andere komplizierte psychische Erscheinungen (73, *a*).

Wenn, wie es wahrscheinlich ist, in der normalen Psyche Hemmungen auch in dem Sinne bestehen, daß disparates Assoziationsmaterial nur schwer herbeigezogen werden kann, und daß der Übergang auf ein anderes Thema ganz besonderer Kräfte bedarf (Affekte, Ablenkung von außen), so muß in der Schizophrenie natürlich auch diese Art Hemmungen wegfallen. Jedenfalls sehen wir in den schizophrenen Assoziationen neben der Ausschaltung normaler Assoziationen auch Verbindungen am unrichtigen Ort. Das ist mit ein Grund, warum die Gedanken so leicht auf Nebenbahnen geraten, und warum in einem Ideengang ganz fremde Assoziationen auftauchen können[3]). Ganz verständlich werden durch diesen Mangel an Hemmung die mancherlei Arten von Verquickung verschiedener Ideen, die so weit geht, daß sogar die affektbetonten Komplexe, obgleich sie größere Selbständigkeit als beim Gesunden besitzen, oft ineinander fließen oder in Bruchstücken untereinander gemengt werden.

---

[1]) Bei einer dynamischen Auffassung der psychischen Vorgänge in dem Sinne, daß eine bestimmte Quantität „psychischer Energie“ zur Verfügung steht, die jeweilen die bei der gegebenen Konstellation widerstandslosesten Bahnen einschlägt, fällt die geläufigere Vorstellung der Hemmung weg. Für diesen Fall müßte sich unsere „Erklärung“ auf die Zusammenstellung der beiden Beobachtungstatsachen beschränken, daß die psychische Kraft bei der Schizophrenie ungewohnte Bahnen einschlägt, und daß sie sich in verschiedene Teile zerspalten kann, von denen jeder seinen besonderen Weg geht.

[2]) Vgl. die Spaltung der Aufmerksamkeit.

[3]) Am Zustandekommen dieser Symptome ist natürlich außerdem die mangelhaft ausgedachte Leitidee und der Defekt eines einheitlichen Strebens beteiligt.

Das, was früher über die schizophrenen Assoziationen gesagt ist, macht es selbstverständlich, daß die Assoziation von Ideen eines Komplexes an den andern nicht nach logischen Gesetzen zu geschehen braucht. Daher das Unsinnige solcher Verquickungen[1]).

Die Trennung der Komplexe könnte natürlich auch ohne den Wegfall jener Hemmungen keine absolute sein. Sie sind ja alle mit dem Ich mehr oder weniger verbunden und können somit mindestens via Persönlichkeit einander beeinflussen.

Und dennoch zeigt sich ihre Isolierung gerade im Verhältnis zur Persönlichkeit am auffallendsten. Statt daß sie zusammenfließen und als Resultante ein einheitliches Streben bilden, ist das schizophrene Ich bald mit dem, bald mit einem andern einzelnen Ideenkomplex zusammengeschaltet. Der Patient kann mit dem Arzt ein interessantes Gespräch führen, um im nächsten Augenblick in ganz unlogischer Weise über Verfolgung durch denselben zu schimpfen; er kann besorgt sein um seine Angehörigen und gleich darauf in Haß gegen sie ausbrechen oder die äußerste Gleichgültigkeit über ihr Schicksal zur Schau tragen; er kann in einem Moment nach den höchsten Zielen streben, im andern irgend einem lächerlichen Einfall seine Existenz opfern.

So erscheinen die Patienten entsprechend ihren Komplexen in verschiedene Personen gespalten[2]). Immerhin ist das Ich selbst nur in den hochgradigsten Fällen ganz zertrümmert. Gewöhnlich weiß der Kranke noch, wer er ist, er kennt seine Vergangenheit, er orientiert sich in Raum und Zeit — alles, so weit nicht ein aktuell eingeschalteter Komplex etwas anderes verlangt. Alle diese nicht unwesentlichen Bestandteile der Persönlichkeit stehen mit den verschiedenen Komplexen in einer gewissen Verbindung; nimmt man als wesentlichsten Teil der Persönlichkeit diese intellektuellen Bestandteile, so kann man meist nicht sagen, sie sei gespalten; sie ist vielmehr der Spielball der Komplexe. Betrachtet man aber das Streben als das Maßgebende des Ich, dann allerdings hat der Schizophrene so viele Persönlichkeiten als Komplexe, Persönlichkeiten, die voneinander mehr oder weniger unabhängig sind.

Je nach der Spaltung wird aber auch der festere intellektuelle Bestandteil der Person verändert. Solange der Patient über den Arzt schimpft, ist ihm dieser der feindliche Schuster N., während er sonst in dieser Beziehung ganz gut orientiert ist. — Hält sich der Kranke für den Kaiser, so kann während der Verbindung des Größenkomplexes mit dem Ich ein wesentlicher Teil der Vergangenheit des Patienten ausgeschaltet und durch Wahnvorstellungen ersetzt sein. — Es können sich unter Umständen auch wirkliche und wahnhafte Vorstellungen zu einer wahnhaften Erklärung verbinden.

Aber auch während der wahnhaften Auffassung funktioniert die richtige Orientierung meist ungestört, nur mehr oder weniger abgespalten vom Ich. Sobald der Kranke mit seiner Schimpferei über den als Schuster verkannten Arzt fertig ist, weiß er ganz gut, was dieser während des Schimpfens als Arzt getan

---

[1]) Das letztere ist ein wichtiger Unterschied gegenüber der Hysterie. Auch bei dieser haben wir einen übertriebenen Einfluß der Affekte auf die Assoziationen. Da aber die primäre Zertrümmerung der letzteren fehlt, sind die Komplexe untereinander und von der Wirklichkeit viel schärfer geschieden.

[2]) Wernicke (804, S. 113): „Der Patient besteht gewissermaßen gleichzeitig aus einer Anzahl verschiedener Persönlichkeiten."

hat. Während lang andauernder Dämmerzustände läßt sich neben der systematischen Verkennung der ganzen Umgebung doch meist noch eine richtige Orientierung nachweisen, und namentlich können die Kranken nachher auch über das wirklich Geschehene verblüffend gute Auskunft geben, ohne daß sie sich die Dinge zurecht legen, während sich epileptische oder alkoholische Deliranten, deren ganze Persönlichkeit an der Täuschung teilnimmt, nur durch bewußte Überlegung zurecht finden oder durch Anregung aus dem pathologischen Zustand herausgerissen werden müssen, und nach dem Delir, wenn überhaupt, nur mit Mühe die wirklichen Vorgänge rekonstruieren können.

Die Spaltung ist die Vorbedingung der meisten komplizierteren Erscheinungen der Krankheit; sie drückt der ganzen Symptomatologie ihren besonderen Stempel auf. Hinter dieser systematischen Spaltung in bestimmte Ideenkomplexe aber haben wir vorher eine primäre Lockerung des Assoziationsgefüges gefunden, die zu einer unregelmäßigen Zerspaltung so fester Gebilde wie der konkreten Begriffe führen kann. Mit dem Namen der Schizophrenie wollte ich beide Arten der Spaltung treffen, die in ihren Wirkungen oft in Eins verschmelzen.

Die schizophrene Spaltung ist wieder nur eine Übertreibung physiologischer Vorgänge. Auch der Gesunde kann verschiedene Komplexe mehr oder weniger unverbunden nebeneinander beherbergen und sogar im Unbewußten oder im Traum weiter entwickeln. Seine Persönlichkeit wird auch inhaltlich eine andere, wenn der Affekt wechselt. Ein Freund macht in einer Unterhaltung eine uns sehr unangenehme Bemerkung; da sind die wenigsten imstande, die neue Erfahrung einfach hinzuzuaddieren zu dem Bilde, das sie sich bis jetzt von dem Freunde gemacht; sie werden gereizt, denken nur noch an seine schlimmen Seiten und vergessen die guten ganz oder teilweise, sie lassen sich zu Handlungen hinreißen, die sie sonst nicht täten; der Gereizte ist „ein Anderer“ geworden.

Von hier aus gibt es alle Übergänge durch die hysterischen Erscheinungen bis zum Autismus, den Dämmerzuständen und den paranoiden Syndromen der Schizophrenie, aber nirgends eine prinzipielle psychologische Verschiedenheit. Wir müssen uns vorstellen, daß bei solchen Schwankungen beim Normalen — sagen wir, um nicht unbequem große Zahlen anzuführen, die freilich richtiger wären — tausend Assoziationen gehemmt oder abnorm gebahnt werden, beim gereizten Schizophrenen vielleicht hunderttausend, beim dämmernden Millionen.

Was Groß unter „Bewußtseinszerfall“ versteht, ist das Gleiche wie unsere „Spaltung“. Das Bewußtsein kann aber nicht zerfallen, sondern nur sein Inhalt; wir finden ferner die Spaltung im Unbewußten so gut wie im Bewußten, und der Ausdruck „Zerfall“ kann die besonders feste Bindung einzelner Assoziationskomplexe nicht in sich schließen. Wir ziehen deshalb den Ausdruck Spaltung vor. — Für ähnliche Beobachtungen ist schon längst auch das Wort „Dissoziation“ gebraucht worden. Es bezeichnet aber auch anderes, so die Einschränkung des Bewußtseinsinhaltes bei den Paralytikern, und könnte deshalb zu Mißverständnissen Anlaß geben. — Zu einem großen Teil deckt sich unser Begriff der Spaltung mit dem der Wernickeschen „Sejunktion“. Wir dürfen den Ausdruck dennoch nicht annehmen, weil der Begriff der Sejunktion außer dem, daß er etwas weiter ist, anatomisch-physiologisch gedacht ist. Die Sejunktion führt z. B. zu Rückstauungen des Psychokyms, das dann andere Bahnen sucht, in inadäquate Hirnteile gerät und daselbst Wahnideen und Halluzinationen erzeugt. Alles das möchten wir vom Begriff der Spaltung ausgeschlossen wissen.

Foersterling will die „Spaltung des Selbstbewußtseins" als Steigerung der psychomotorischen Störungen ansehen. Ich kann mich nicht recht in diese Idee hineindenken.

β) Die Affektivität.

Alles was wir bei der gemütlichen Verblödung beobachten, läßt sich zurückführen auf Übertreibung von normalen Vorgängen in unserer Psyche. Dennoch meinen wir natürlich nicht, schon alle Faktoren aus dem Gewirre der psychischen Funktionen herausgefunden zu haben, die die schizophrene Affektstörung mitbedingen.

Daß die Affekte wenigstens für gewöhnlich nicht vollständig fehlen, ist natürlich schon von jedem beobachtet worden. Man dachte sich deswegen etwa eine allgemeine Abschwächung statt der Vernichtung der Funktion. Dieser Auffassung widerspricht die Beobachtung. Wenn auch, wie selbstverständlich, die höheren Funktionen etwas stärker leiden als die einfacheren, so fehlt doch ein gesetzmäßiges Verhalten in dem Sinne, daß immer die komplizierteren Affekte vor den primitiveren oder etwa den phylogenetisch älteren ausfallen würden. Eine allgemeine Herabsetzung der Affektivität ist ferner deswegen auszuschließen, weil die erhaltenen Affekte sich oft mit großer Energie äußern; man denke an den Zorn, aber auch an die gelegentliche Fröhlichkeit und an die manchmal entwickelte Kraft des Trieblebens. Ferner sind die affektiven Wirkungen auf die Assoziationen geradezu stärker als bei den Gesunden (vgl. Jung).

Stransky (748) nimmt eine teilweise Dissoziation, eine „Ataxie", zwischen Thymopsyche und Noopsyche an, woraus eine „Unsicherheit in den thymo-noopsychischen Beziehungen", d. h. die Athymie und die Parathymie entstünde. Es ist das eine sehr leicht faßliche Bezeichnung des tatsächlichen Verhaltens, aber keine Erklärung[1]).

Auch der Versuch, die Affektstörung ausschließlich auf die Denkstörung zurückzuführen, mußte scheitern. Forster meinte, daß die höheren Affekte ausfallen, weil die höheren Ideen nicht gebildet werden[2]). Eine solche Erklärung genügt für die Affektstörung der organischen Psychosen. Das Wesen der schizophrenen Affektivität kann sie nicht treffen, denn wir sehen oft relativ gut erhaltene Affektivität bei schwerer Denkstörung, z. B. in akuten Anfällen, die von anderen Schulen als Manien und Melancholien aufgefaßt werden — und umgekehrt vollständigen Defekt der Gefühle bei Leuten, die so gut denken, daß sie nicht nur jeden Richter, sondern auch manchen Psychiater von ihrer Gesundheit überzeugen können.

Selbstverständlich müssen sekundär durch die Denkstörung hervorgerufene Affektstörungen neben den primäreren vorhanden sein. Wenn die Begriffe und Ideen nur in Bruchstücken gedacht werden[3]), wenn die Denktätigkeit sich in Nebenassoziationen verliert, wenn ganz falsche Assoziationsbahnen eingeschlagen

[1]) Die Bezeichnung hat außerdem, daß sie dazu verleitet, sie für eine Erklärung zu halten und sich damit zufrieden zu geben, den Nachteil, daß sie Intellekt und Affektivität, die beiden Seiten eines einheitlichen psychischen Vorganges, zu sehr als selbständige Funktionen hinstellt.

[2]) Pfersdorff (561) äußerte für eine bestimmte Klasse eine ähnliche Ansicht.

[3]) Wenn man sich selbst beobachtet, so sieht man, daß Ideenkomplexe, die nicht ausgedacht werden, leicht von einem geringen oder gar keinem Gefühlston begleitet werden. Es ist das selbstverständlich, denn es sind in den meisten Fällen nicht die Ereignisse an sich, die den Affekt bedingen, sondern ihr Zusammenhang mit anderen Verhältnissen. Wenn Geld gestohlen wird, so kann das gleichgültig, komisch oder traurig erscheinen, oder es kann bloß das Gerechtigkeitsgefühl verletzen. Erst wenn man sich dabei vergegenwärtigt, daß z. B. das Gestohlene

werden, so können die Gefühlsäußerungen — am Maßstab des Normalen gemessen — nicht adäquat sein. Wenn die Gedanken regellos von einer Idee zur andern springen, so kann keine einheitliche Stimmung resultieren. Und wenn die kranke Persönlichkeit nach ihren Trieben, von denen jeder einem Gefühl entspricht, in verschiedene verhältnismäßig lose zusammenhängende Teilwesen aufgelöst wird, kann keines dieser Gefühle Besitz von der ganzen Person nehmen. Eine adäquate Betonung der Wahnideen wird ferner dadurch gestört, daß neben ihnen psychische Komplexe in den Patienten sind, die Wirklich und Unwirklich unterscheiden, d. h. die Wahnideen als solche taxieren. Kranke, die sich gut beobachten, geben manchmal in Remissionen diese Erklärung selbst. Die autistischen Kranken reagieren auf die Wirklichkeit nicht mit Affekten, weil sie sie absperren; auf ihre Wahnideen nicht, weil etwas in ihnen diese als Phantasiespiel erkennt. Das Wesentliche der schizophrenen Gemütsstörung zeigt sich indes unabhängig von der Denkstörung und hat einen Typus, der auf diese Weise nicht erklärt werden kann. Es ist auch zu beachten, daß manche Denkstörungen erst Folgen der Affektanomalie sind; sie können nicht zugleich die Ursache bilden.

Das Verständnis eröffnet uns die Betrachtung folgender Eigenschaften der normalen Affektivität:

1. Die Affekte besitzen eine obere Intensitätsgrenze, die nicht überschritten werden darf, wenn sie die gewöhnlichen subjektiven und objektiven Symptome beibehalten sollen. Diese Grenze scheint besonders stark je nach Individuum und Umständen zu variieren; ob sie überhaupt bei jedem Individuum erreicht werden kann, ist unbekannt. Die Dichter kennen sie von je her sehr gut. Aus der wissenschaftlichen Literatur erwähne ich die schöne Selbstbeobachtung von Baelz bei einem Erdbeben, von Livingstone, der in den Klauen eines Löwen war, und Bremers vollständig gleichartige objektive Konstatierungen bei einer größeren Anzahl von Personen nach einem Zyklon![1]) Vielleicht gehört es auch hierher, wenn unter den Qualen der Folter mit einem Male Analgesie eintritt. Sicher aber ist es, daß die Intensität der Affekte einen großen Teil ihrer Wirkungen, namentlich das Bewußtwerden derselben, hindern kann.

2. Ein bereits aufgetretener Affekt kann abgespalten werden, wenn er schwer zu ertragen ist. Zugleich bleibt der Ideenkomplex, der als Träger des Affektes erscheint, dem Ich meist schwer oder gar nicht zugänglich. Viele Leute halten sich unangenehme Erinnerungen fern, indem sie sie „vergessen". Und wenn es sich nicht vermeiden läßt, daß die schmerzlichen Ideen ins Bewußtsein gerufen werden müssen, so erscheinen sie wie etwas Fremdes, Theoretisches, nicht Ausgedachtes gerade in denjenigen Komponenten, die die Berührung mit dem Ich am intensivsten vermitteln. Man kann vom Verlust eines Lieben, den uns genau vorzustellen einfach unerträglich wäre, sehr häufig reden, ohne dabei irgend etwas zu fühlen, was dem Gefühlston des ganzen Komplexes entspricht. Eine Menge Beziehungen des Verstorbenen zu unserem eigenen Ich werden dabei sorgfältig von der Reproduktion ausgeschlossen.

die einzige Habe einer kranken Mutter war, die daraus ihr Kind erziehen wollte, stimmt uns das traurig. Wer diese Zusammenhänge nicht mit dem Grundereignis zugleich als ein Ganzes denkt, der kann unmöglich einen entsprechenden Affekt haben.

[1]) Vgl. auch d'Abundo.

Eine Analogie, vielleicht eine Identität, bildet die unbewußte Vermeidung von Schmerz, wenn wir an einer Verletzung oder einem Rheumatismus leiden. Wir unterlassen „instinktiv“ die kritischen Bewegungen, ohne daß wir aktuelle Schmerzen oder auch nur die bewußte Vorstellung von solchen hätten. Unsere Psyche bleibt durch den früher empfundenen Schmerz für einige Zeit so eingestellt, daß sie gewisse Bewegungen nicht ausführt. Nun kann die Wirkung über das Ziel hinausgehen: in vielen Fällen werden auch solche Bewegungen nicht gemacht, die keinen Schmerz provozieren; bei nervösen Leuten können unter diesen Umständen sogar alle Bewegungen erschwert sein.

Es kann aber auch ein neuer Affekt durch seine unangenehme Qualität in statu nascendi gehemmt werden. Bevor sich der Affekt entwickelt hat, stellt er die intrapsychischen Weichen so, daß er die bewußte Persönlichkeit unbehelligt lassen muß.

3. Die solcherart vom bewußten Ich abgesperrten Affekte sind durchaus nicht aufgehoben; sie bleiben in ihren Wirkungen deutlich zu erkennen. Wer durch ein affektives Ereignis präokkupiert ist, kann subjektiv und objektiv der direkten Zeichen des Affektes entbehren. Deswegen ist er aber doch unfähig, andere Affekte zu produzieren. So kann man gleichgültig erscheinen sowohl gegen das frühere Unglück als auch gegen alle neuen Ereignisse. Ein stärkerer Affekt kann dauernd die ganze Persönlichkeit umgestalten, ohne daß man in der neuen Eigenart den Affekt finden könnte; auch der Betroffene selbst scheint den Affekt und das auslösende Erlebnis mehr oder weniger vergessen zu haben; es bedarf besonderer Ereignisse, um „die alte Narbe wieder bluten zu lassen“. Dennoch hat er nun andere Lebensziele, andere Lebensart, andere Grundstimmung beibehalten. Bei Hysterischen kann das auslösende Ereignis dem Bewußtsein ganz unzugänglich geworden sein.

Beim Assoziationsexperiment sehen wir die Jungschen Komplexzeichen nicht nur bei Ideen, die die Versuchsperson zur Zeit bewegen, sondern auch bei solchen, die während des Experimentierens weder in ihrer intellektuellen noch in ihrer affektiven Komponente zum Bewußtsein kommen, ja seit vielen Jahren nicht mehr bewußt gewesen sind. Auch das psychogalvanische Phänomen zeigt Wirkungen von Affekten, die nicht im Bewußtsein sind.

Im Traum der Gesunden, in hysteriformen Delirien sehen wir, wie ein unerträgliches Ereignis — sagen wir die Untreue eines Geliebten — durch seinen Gefühlston, aber auch mit seinem Gefühlston, aus dem Bewußtsein ausgeschaltet wird und dennoch seine Wirkungen ausübt, indem der Affekt Assoziationen so bahnt und hemmt, daß die Erfüllung des Wunsches vorgetäuscht wird, während im Bewußtsein gar kein Affekt vorherrscht oder geradezu der gegenteilige[1]).

4. Wir kommen damit zum Begriffe der unbewußten oder, wenn man das Wort scheut, der latenten Affekte.

Diese können sich durch die Mimik bemerkbar machen, indem z. B. Erröten, gewisse Bewegungen, gewisse Modulationen der Stimme und ähnliche Erscheinungen eintreten, die dem Affekte entsprechen.

* * *

[1]) Freud, Jung.

Der Tendenz zur Abspaltung, welche gewisse Intensitäten und Qualitäten von Affekten besitzen, stellt sich beim Gesunden entgegen die Tendenz, gegebenenfalls alles, was für die Persönlichkeit wichtig ist, assoziativ herbeizuziehen. Da aber in der Schizophrenie die assoziativen Affinitäten geschwächt sind, werden diejenigen Affekte, die überhaupt eine Tendenz zur Abspaltung haben, sehr oft wirklich latent, sei es nach kurzem Bestehen, sei es schon in statu nascendi. Da sie dennoch ihre Wirkungen zum Teil beibehalten, ja sie in mancher Beziehung geradezu ungehemmter entfalten können, üben sie einen unterdrückenden Einfluß auch auf die Entstehung anderer Affekte aus: der Kranke erscheint überhaupt affektlos, gleichgültig[1]). Der Grad der Hemmung ist natürlich abhängig von tausend momentanen Einflüssen; daher können gehemmte Affekte anscheinend regellos wieder zum Vorschein kommen. Selbstverständlich wird auch die affektive Anlage große individuelle Unterschiede bedingen. Dies alles sehen wir beim Gesunden, beim Hysterischen und genau in der gleichen Weise, nur quantitativ enorm vergrößert, beim Schizophrenen[2]).

Der präokkupierte Gesunde macht manchmal den Eindruck eines Katatonikers. Der „Komplexblödsinn" macht ihn gefühlssteif oder geradezu unüberlegt, nachlässig, willensschwach. — Ein sehr intelligenter und affektiv ganz normal angelegter Kollege, der einige Jahre lang in einer unangenehmen Situation war, hatte während dieser Zeit nicht nur steife Affekte, sondern auch auffallend starre Gesichtszüge. Eine gebildete, sonst sehr empfindsame Angestellte hatte eine Liebschaft, die ich um des Mädchens willen nicht billigen konnte. Von nun an war sie nicht nur wie die meisten verliebten Mädchen ihren Pflichten gegenüber gleichgültiger, sondern auch gegen alles andere oft geradezu unempfindlich. Sie gab mir Anlaß zu sehr ernsten Vorstellungen, ließ aber alles mit steifem Gesicht und einer ganz stereotypen Haltung über sich ergehen, ohne eine Spur von Affekt und folglich auch ohne Wirkung. Ich hätte sie bei einer solchen Gelegenheit niemals von einer Katatonika unterscheiden können. — Jung macht in diesem Zusammenhang auf die „belle indifférence des hystériques" aufmerksam, die ja nur eine Reaktion auf überwältigende Affekte ist, allerdings aber bald einem lebhaften Affektausbruch zu weichen pflegt.

Auch bei der Affektabspaltung handelt es sich natürlich um relative Verhältnisse. Je stärker der Affekt, um so geringer braucht die dissoziative Disposition zu sein, um die Gemütsverödung hervorzubringen. So finden wir in vielen Fällen schwerer Krankheit an der Wurzel starker Verblödung nur ganz alltägliche Konflikte mit dem Leben, bei leichterer Erkrankung aber können wir auf absolut starke Affekte als auslösende Ursachen eines akuten Anfalles treffen[3]), und nicht selten mußten wir uns nach einer genauen Analyse die Frage vorlegen, ob wir bei einem Patienten nicht ganz allein die Wirkung eines besonders starken psychischen Traumas auf einen empfindsamen Menschen und gar nicht eine Krankheit im engeren Sinne vor uns haben.

Die so entstandene Affektlosigkeit wird im früher erwähnten Sinne vergrößert

[1]) Der „Zweck" der ganzen Einrichtung, der Schutz vor unangenehmen Affekten ist dadurch erreicht. Der Patient leidet nicht mehr; er hat sich einer Art Nirvana genähert.

[2]) Unsere Auffassung deckt sich so ziemlich mit der von Risch für psychogene Zustände angenommenen. Seine Arbeiten erschienen, nachdem das Obige geschrieben.

[3]) Vgl. Stadelmann.

durch die Denkstörung, die ihrerseits zu einem Teil durch die Affektstörung bedingt ist, so daß ein Circulus vitiosus entsteht.

Ferner trägt auch der Autismus dazu bei, die Affektanomalie zu verstärken. Mit ihren unangenehmen Affekten sperren die Kranken auch die dazu gehörenden Erlebnisse ab. Dafür leben sie in einer erträumten Welt, die ihnen Wirklichkeit wird. Wenn der Patient die Meldung vom Tod eines lieben Angehörigen nicht glaubt, so bleibt er natürlich gleichgültig. Oft werden solche Dinge nur halb, nur in gewissen Bestandteilen für wirklich gehalten, natürlich in denen, die nicht unangenehm sind. Wo aber die Kranken sich ganz in ihren Autismus verpuppt haben, hat die Außenwelt höchstens noch insofern Wirklichkeitswert, als sie sie in ihren Gedanken stört; wenn dann ein Affekt äußere Ereignisse begleitet, so kann es nur noch der der „Ablehnung" sein. Die scheinbar parathymische Selbstzufriedenheit vieler Schizophrenen ist von ihrem Standpunkt aus gar nicht abnorm, da im autistischen Denken ihre Wünsche erfüllt sind.

In schweren Fällen hat wohl der Autismus den größten Anteil an der Gestaltung der Affektstörung. In leichteren tritt er beim jetzigen Stande unserer Beobachtungskunst zu wenig hervor, als daß er zur Erklärung herangezogen werden könnte, so daß die anderen Mechanismen im Vordergrunde stehen.

Besonders aufgefallen ist von jeher die Gleichgültigkeit gegen die eigenen Wahnideen und Strebungen. Die Abstumpfung aller Affektäußerungen durch die Gewohnheit und die geringere Affektfähigkeit einer Phantasievorstellung gegenüber der Wirklichkeit müssen dabei von Bedeutung sein. Dann ist die Wahnidee oft nur ein sehr uneigentlicher Ausdruck bestimmter Strebungen. Ein Patient klagt in sonderbarem Ton, daß seine Kinder umgebracht werden: der Affekt ist nicht adäquat, einesteils, weil etwas in ihm weiß, daß das nur eine Phantasievorstellung ist, und andernteils, weil der Wunsch — nicht die Befürchtung —, die Kinder möchten umkommen, an der Wurzel der Idee steckt. Wahrscheinlich drückt auch die Wahnidee gerade wie in den Träumen oft das Gegenteil dessen aus, was der Patient eigentlich anstrebt: ein Katatoniker hat homosexuelle Neigungen; er bildet die Wahnidee, ein höher stehendes Fräulein, das ihn gar nicht kennt, liebe ihn, und behauptet, sie auch zu lieben. Es ist begreiflich, daß er unter diesen Umständen mit dieser Wahnidee keinen Affekt verbindet: er liebt das Fräulein in Wirklichkeit gar nicht; die Idee ist offenbar nur die Reaktion auf das unangenehme Bewußtsein seiner Homosexualität.

Daß nichtschizophrene Formen assoziativer Schwäche viel seltener zu Affekteinklemmungen führen, ist selbstverständlich. Bei den Idiotien ist die assoziative Affinität nicht geschwächt; komplizierte Assoziationen werden nicht gebildet, weitere Störungen gibt es nicht. Bei den organischen Psychosen bekommen die Affekte zwar auch eine abnorm große Gewalt über die Assoziationen; aber sie äußert sich in ganz anderer Richtung, weil die relative Stärke der Affinitäten weniger geschwächt ist; Dinge, die unter gewissen einfachen Gesichtspunkten zusammengehören, werden noch zusammengedacht. So bleiben auch die Strebungen und Affekte mit der Persönlichkeit verbunden; eine Abspaltung von der Wirklichkeit findet nicht statt, und der Autismus kann sich nicht ausbilden.

Diese Überlegungen sind natürlich nicht genügend, um den ganzen Unterschied in der Affektivität der Schizophrenie von der der anderen Psychosen zu erklären;

dagegen könnte die Freudsche Theorie des Autcrotismus und der verfehlten Übertragung der Libido auf das Objekt auch diesem Unterschied gerecht werden. Sie ist aber noch zu wenig ausgebaut und verlangt zu viel Eingehen auf eine Menge unserem Thema ferner liegender Dinge, als daß sie hier angeführt werden könnte.

Es bleiben noch einige Details zu besprechen.

Der Mangel an Affekt scheint oft in einzelnen Äußerungen der Kranken viel ausgesprochener, als er sonst ist, weil ein bestimmtes Ziel der Äußerung fehlt. Wenn der Patient einen langen Brief schreibt, nur weil ihm die Idee gekommen ist, „etwas" zu schreiben, ist es begreiflich, daß er keinen Affekt oder wenigstens keinen einheitlichen hineinlegen kann, weil eben zu der Situation gar keiner gehört (vgl. die Schulaufsätze).

Daß einzelne Affekte wie die Mutterliebe inselartig wirksam bleiben können, ist nach unserer Auffassung selbstverständlich.

Eine besondere Erklärung bedarf die Reizbarkeit, die sich in den schwereren Fällen als Neigung zu Wut und Zorn äußert. Wir finden die gleiche Tendenz bei Menschen und Tieren dann, wenn die Situation nicht genügend oder gar nicht verstanden wird. (Die Reizbarkeit infolge von zu großer Sinnesempfindlichkeit bei Neurasthenikern ist wohl etwas anderes.) Das gefangene Tier, das ohne Rücksicht auf die Situation und auf seine eigene Integrität blind wütet, zeigt den Affekt von der aktiven Seite, das scheuende Pferd, das ebenso unsinnig davonrennt, von der passiven. Bei Kindern und Idioten sehen wir das gleiche, ebenso bei Leuten, deren Rapport mit der Umgebung durch Gehörstörungen gehindert ist (vgl. Helen Keller).

Eine Störung des intellektuellen Rapportes mit der Umgebung sehen wir nun ausnahmslos bei den gereizten und wütenden Schizophrenen. Sie fassen die Umgebung anders auf als wir oder sind doch nicht imstande, uns in allen Dingen zu verstehen. Eine regelrechte Verteidigung gegen vermeintliche oder wirkliche Angriffe ist also unmöglich, und es bleibt in allen schwereren Fällen nur das Mittel des blinden Wütens, sei es in Worten oder in Handlungen.

Noch andere Momente werden, wenn auch in geringerem Maße, an der Genese dieses Affektes beteiligt sein. Die Kranken spinnen sich in ihre Phantasiegebilde ein; die Wirklichkeit ist ihnen nicht nur fremd, sondern feindlich, insofern sie sie aus ihrem Autismus herauszureißen strebt. So fließen die Ursachen des Zornaffektes zum Teil mit denen des Negativismus zusammen.

Die von Jung hervorgehobene Unbeherrschbarkeit der zutage tretenden Affekte ist eine selbstverständliche Folge der Überlegungsschwäche und wird verstärkt durch die Isolierung der einzelnen Strebungen. Es scheint mir aber nicht genügend, sie bloß aus der Störung der Ichsynthese abzuleiten, wie es der Autor versucht; es ist eben die ganze assoziative Synthese gestört und damit auch das Gleichgewicht zwischen Affektivität und Logik.

* * *

Das Verhalten der schizophrenen Aufmerksamkeit ist mit der Affektivität, von der jene nur eine Seite bildet, zum größten Teil erklärt. Wo das Streben und das Interesse fehlt, ist die aktive Aufmerksamkeit gering. Es muß aber in diesem Zusammenhang noch daran erinnert werden, daß natürlich auch

die Denkstörungen aller Art die Aufmerksamkeit selbst wie ihren Erfolg beeinträchtigen.

Die Möglichkeit einer Aufmerksamkeitsspaltung ist selbstverständliche Folge der Persönlichkeitsspaltung.

* * *

Die Parathymie erklärt sich in verschiedener Weise. Meist läßt sich bei genauerem Zusehen nachweisen, daß sie nur scheinbar ist, indem die Kranken auf einen andern Gedanken reagieren, als die Umgebung von ihnen erwartet. Masselon meint, daß es sich nicht um Anhänglichkeit, sondern um Automatismen oder Stereotypien handle, wenn Kranke sich in auffälliger Weise an eine beliebige Person attachieren, so daß diese mit ihnen machen kann, was sie will. In den Fällen, die ich gesehen, war die so ausgezeichnete Person regelmäßig der Repräsentant eines gefühlsbetonten Komplexes. Man täuscht sich leicht in der Auslegung, weil die Kranken je nach dem Zusammenhang sowohl die wahnhafte wie die richtige Auffassung der Person haben können. Um ähnliche Verschiebungen handelt es sich, wenn ein Patient Heimweh zu haben glaubt, sich aber nicht freut oder geradezu ärgert, wenn er nach Hause gehen soll. In Wirklichkeit hatte er gar kein Heimweh, sondern er hat irgend ein anderes Unbehagen auf die Einsperrung in der Anstalt bezogen. Wenn die Nachricht vom Tode eines geliebten Angehörigen fröhlich stimmt, so wird sie meist nicht geglaubt, aber dennoch werden angenehme Konsequenzen daraus gezogen (daß man nun Briefe mit schwarzem Rand bekomme u. dgl.). Eine Patientin, die in einen Weinkrampf verfällt, wenn man vom Feuer spricht, faßt das Feuer als Symbol ihrer unglücklichen Liebe. Es kommt auch vor, daß ein Affekt deutlich dem Gegensatz des aktuellen Gedankens entspricht; das wird meist davon herrühren, daß der Schizophrene leicht das Gegenteil irgend eines Gedankens mitdenkt (vgl. Ambivalenz und Theorie des Negativismus). In anderen Fällen ist die Parathymie eine Folge der Perseveration des Affektes: der Patient ist gereizt, hat über die Einsperrung geschimpft und kommt nun auf ganz andere Themata, die im gleichen Ton und mit dem gleichen Affekt behandelt werden wie das erste. Auch Affekte, die samt den dazu gehörigen Vorstellungen zur Zeit nicht aktuell oder geradezu latent sind, können bei Anlaß späterer Erlebnisse, die in gewisser Beziehung ähnlich sind, aber sonst qualitativ oder quantitativ anders betont würden, als parathymische Reaktion manifest werden. Auch wenn den Normalen etwas drückt, begleitet der latente Affekt gerne kleine Unannehmlichkeiten, ohne daß sein intellektueller Vorgang bewußt würde.

Manchmal wird es auch deutlich, daß ein fröhlicher Affekt sich an die Stelle eines verdrängten setzt. Wir kennen ja auch beim Gesunden die „Obenhinfröhlichkeit“ und den blutigen Witz, die Neigung, als Komiker aufzutreten, Erscheinungen, die auf eine unterdrückte negative Gemütsstimmung deuten. Noch häufiger sehen wir analoge Parafunktionen bei Hysterischen (319).

Viel seltener konnten wir die Paramimie zergliedern. Immerhin läßt sich manchmal ihre Entstehung aus Perseveration der Mimik bei wechselndem Bewußtseinsinhalt verfolgen. Wenn dagegen ein Patient eine dargebotene Delikatesse mit jämmerlichem Wehklagen annimmt und eifrig verzehrt, so ist

wohl immer bewußt oder unbewußt etwas Trauriges an das angenehme Erlebnis assoziiert worden. Nachweisen konnten wir das aber nur in wenigen Fällen.

Auch die Mischungen der mimischen Äußerungen entspringen (wie zuweilen bei Gesunden) der Gleichzeitigkeit zweier Affekte, so wenn der Patient mit den Augen fröhlich verliebt erscheint, aber mit dem Mund Trauer ausdrückt. Warum aber im speziellen Falle gerade die Augen das Angenehme, dee Mund das Unangenehme ausdrücken muß, verstehen wir noch nicht, und wir müssen hinzufügen, daß wir lange nicht in allen Fällen diese Art der Paramimie auf einen gemischten Affekt zurückführen konnten. Namentlich können wir die hochgezogenen Brauen, die sich mit allen Arten von Affektausdruck vergesellschaften, noch gar nicht erklären[1]).

Hier mag auch die Analgesie erwähnt werden, die ganz den Charakter eines psychischen Symptoms hat (Absperrung), aber in ihrer Genese noch nicht genauer verfolgt werden konnte.

γ) Der Autismus.

Eine direkte Folge der schizophrenen Spaltung der Psyche ist der Autismus; der Gesunde hat die Tendenz, bei logischen Operationen alles hinzugehörige Material ohne Rücksicht auf dessen affektive Wertigkeit herbeizuziehen. Bei der schizophrenen Lockerung der Logik dagegen findet ein Ausschluß aller einem gefühlsbetonten Komplex widerstrebenden Assoziationen statt. Das keinem Menschen fehlende Bedürfnis, in der Phantasie Ersatz für ungenügende Wirklichkeit zu suchen, kann auf diese Weise widerstandslos befriedigt werden. Die Phantasieprodukte mögen noch so sehr im Widerspruch mit der Wirklichkeit stehen, im Gehirn des Kranken kommen sie nicht mit ihr in Konflikt; sie werden ja höchstens so weit mit ihr zusammengebracht, als sie mit den affektiven Bedürfnissen des Kranken in Einklang zu bringen sind. In den schweren Fällen wird die ganze Wirklichkeit mit ihren nie aufhörenden Sinnesreizungen abgesperrt; sie existiert höchstens in banalen Zusammenhängen, beim Essen, beim Ankleiden.

So bleibt der autistische Gedankeninhalt unkorrigierbar und bekommt für den Kranken vollen Realitätswert, während der subjektive Realitätswert der Wirklichkeit bis auf Null herabsinken kann. Der Explorand, der sich einbildet, wir hätten ihn für gesund erklärt, hört täglich von uns das Gegenteil; er faßt auch den Sinn der Worte und kann ihn reproduzieren, aber unmittelbar nachher stellt er doch wieder seine Ansicht als die unserige hin, weil das wirklich von uns Gesagte nicht in logischen Kontakt mit seinen Ideen gebracht worden ist. Bietet ihm die Außenwelt Motive für seine Ansicht, dann allerdings benutzt er sie gern. Unter Umständen verschiebt er oder fälscht er die Wirklichkeit. So der Kranke, der auf die Frage, wann er entlassen werde, die Antwort erhält, wenn er sich gut halte; er wendet ein: „Aber ich kann ja zu Fuß gehen." Er nimmt statt der gestellten schwierigen Bedingung eine andere, aber überwindbare Schwierigkeit, die der Reisekosten.

---

[1]) Möglich ist, daß sie das Bestreben ausdrücken, den verlorenen Zusammenhang mit der Außenwelt wiederherzustellen. Peritz (A. Bd. 45. 1909, S. 788) hält das tickartige Heraufziehen der Brauen für die Reaktion auf das Gefühl des Stirndruckes.

Der Autismus hat von jeher Beachtung gefunden, namentlich bei den Franzosen. Diese haben z. B. die eine Seite desselben hervorgehoben unter den Namen der Autophilie, des Egozentrismus, der Hypertrophie des Ich, der Augmentation du sens de la personalité, während sie die negative Seite als perte du sens de la réalité oder perte de la fonction du réel beschrieben. Pelletier sagt, der Kranke unterscheide überhaupt nicht mehr zwischen Wirklichkeit und Phantasien; „supposer la croyance à leur réalité chez ces malades serait doter leurs états de conscience d'une énergie qu'ils n'ont pas.“ Alle diese Auffassungen haben etwas Richtiges; sie treffen aber unserer Ansicht nach nicht den Kern der Erscheinung.

* * *

Auch der Autismus ist die Übertreibung eines physiologischen Phänomens. Es gibt ein normales autistisches Denken[1]), das keine Rücksicht auf die Wirklichkeit zu nehmen braucht und in seiner Richtung von Affekten bestimmt wird. Das Kind spielt mit einem Stück Holz, das ihm das eine Mal ein Bébé, das andere Mal ein Haus bedeutet. Aber auch ohne ein Substrat denken sich die meisten Menschen ein Märchen, in dem ihre Wünsche oder Befürchtungen erfüllt werden (bei Hysterischen kann diese Phantasie ins Pathologische übertrieben werden; vgl. Pick, 570, *a*). Ein großer Teil der schönen Literatur, der Märchen und Sagen entspringt dieser Art des Denkens. Versucht jemand solche unerfüllbare Wünsche im Leben zu realisieren, so erfährt er Enttäuschungen, die den Phantasiemenschen bis an die Grenzen der Krankheit führen können. So sind manche Frauen in der Ehe nicht nur deshalb enttäuscht, weil der Mann nicht so ist, wie sie ihn geträumt haben, sondern weil das ganze Eheleben etwas anderes ist, als sie erwartet haben. Sie können, wenn sie sich zu sehr vom Traum beherrschen ließen, überhaupt keinen Genuß finden, weil es nicht der erwartete ist, sie bleiben frigid, gerade wie Schizophrene gleichgültig bleiben, wenn ihre Wünsche äußerlich in Erfüllung gehen. Wir sehen ferner die ungenügende oder fehlende Unterscheidung von Phantasie und Wirklichkeit bei Unaufmerksamkeit, im Traum und bei Kindern, die die Unwahrheit sagen, ohne wissentlich zu lügen, sowie bei „Wilden“ (dem Neger ist es unverständlich, wie es auffallen kann, wenn er heute mit aller Sicherheit einen Diebstahl leugnet, den er gestern selbst gestanden hat, und der auch sonst außer allem Zweifel steht).

δ) Die Ambivalenz.

Auch für den Gesunden hat jedes Ding seine zwei Seiten. Die Rose hat ihre Dornen. Der Normale zieht aber in 99 von 100 Fällen das Fazit aus der Subtraktion der negativen und positiven Werte. Er liebt die Rose trotz der Dornen. Der Schizophrene mit seinen geschwächten assoziativen Verbindungen braucht die verschiedenen Seiten nicht in eine Einheit zusammenzudenken: er liebt die Rose um ihrer Schönheit willen, und haßt sie zugleich wegen der Dornen. So haben bei ihm viele Begriffe, einfache wie komplizierte, und namentlich viele Komplexe beide affektiven Vorzeichen, die nebeneinander oder im bunten Wechsel nacheinander zum Vorschein kommen. Allerdings unterbleibt auch unter normalen Verhältnissen die Synthese nicht zu selten; auch der Gesunde fühlt etwa zwei Seelen in seiner Brust, und er würde nicht so viel von Sünde sprechen, wenn sie nicht etwas Angenehmes hätte. Liegt die doppelte Wertung nicht in der Erfahrung selbst, sondern in doppelter Relation derselben, so verlangt die Logik

[1]) Unter anderm als Übung der Fähigkeit des Kombinierens, im gleichen Sinne wie das gewöhnliche Spiel (der Tiere und Kinder) eine Übung körperlicher Fertigkeit ist.

unter Umständen das Bestehenlassen der beiden Vorzeichen: Das gleiche Wetter ist schön oder gut für einen bestimmten Zweck, schlecht für einen andern; es ist schön im Verhältnis zu gestern, schlecht im Verhältnis zu vorgestern. Immerhin richten die Normalen das Vorzeichen in diesen Fällen genau nach der Relation, während die Schizophrenen zu ganz unpassenden Wertungen kommen.

Die affektive Ambivalenz hat noch eine zweite ebenso wichtige Wurzel in dem Umstand, daß die Gegensätze einander näher verwandt sind, als heterogene Eigenschaften. Haß und Liebe stehen einander unendlich viel näher als der Gleichgültigkeit („wo ein Weib haßt, da liebt sie, hat sie geliebt oder wird sie lieben"). Sie wandeln sich beim Normalen oft ineinander um, beim Schizophrenen erscheinen sie ganz gewöhnlich nur als zwei Seiten des gleichen Affektes.

Auch die Ambivalenz des Wollens ist bei Gesunden im Keim vorhanden: was man nicht denken will, drängt sich erst recht auf; der Anfänger im Radfahren fährt gerade auf die Hindernisse los, die er vermeiden will[1]). Ich will eine Theke aus anderen herausnehmen, denke mir zum voraus, eine bestimmte sei es nicht, greife aber dann gerade auf diese. So ist es bei einer Absicht oft psychologisch viel wichtiger, ob sie überhaupt gedacht wird, als ob sie positiv oder negativ gedacht wird: ein Patient erklärte mir — wie ich aus guten Gründen annahm, ganz ehrlich — er brenne jetzt nicht mehr durch, denn das bringe ihm nur Nachteile; ich warnte die Wärter, er werde bald durchbrennen, was denn auch geschah.

Von hier zur intellektuellen Ambivalenz ist ein ganz kleiner Schritt. Dem Begriff „schwarz" liegt der Begriff „weiß" näher als irgend einer, der mit der Farbe nichts zu tun hat. Der Gedanke „der Schnee ist weiß" enthält zwar zugleich die Abweisung des Urteils „der Schnee ist schwarz", aber gerade deshalb liegt dieses Urteil näher, wenn man den ersteren Satz denkt, als wenn überhaupt weder Schnee noch schwarz in Betracht kommt. Kinder geben oft sehr klare Beispiele für dieses Verhalten. Da brauchen manche den Ausdruck für „Türe zu", auch wenn sie sagen wollen, die Türe soll geöffnet werden; das gemeinsame ist ja das Bewegen der Türe; der Gegensatz von Öffnen und Schließen tritt so zurück, daß das Kind nicht zögert, den ihm geläufigeren Ausdruck für beides zu benutzen. In einem wenig späteren Alter haben die Kinder das Bedürfnis, spielend irgend welche Urteile auszusprechen, es ist ihnen aber ganz gleichgültig, ob sie sie positiv oder negativ sagen, und zwar nicht bloß, wenn sie scherzen wollen[2]).

Im Traum des Gesunden ist die affektive wie die intellektuelle Ambivalenz eine ganz gewöhnliche Erscheinung. Eine Menge von Ideen werden daselbst fast regelmäßig durch ihr Gegenteil ausgedrückt, so „Geheimnis" durch das Erscheinen von vielen Leuten.

Die normale Ambivalenz und namentlich die Ambitendenz, die zu jedem Antrieb einen Gegenantrieb schafft oder damit eine Wahl respektive eine Überlegung erzwingt, hat ihre große Bedeutung in den psychischen Mechanismen. Die Psyche reguliert wie der physische Organismus die feinere Anpassung dadurch, daß er ein Gleichgewicht schafft zwischen entgegenstehenden Kräften; es ist, wie Ris in der Versammlung schweizerischer Psychiater in Bern (1910) sagte, das Prinzip der gedämpften Magnetnadel.

---

[1]) Vgl. 74, und unter: Theorie des Negativismus.

[2]) Siehe auch Freud, Gegensinn der Urworte. Jahrbuch für psychanal. Forschung. II., S. 179.

ε) Das Gedächtnis und die Orientierung.

Die Störungen der übrigen einfacheren Funktionen wie die des Gedächtnisses und der Orientierung erledigen sich nach dem Gesagten von selbst.

Die Wahrnehmung[1]) und die Fixierung des Wahrgenommenen funktionieren gut. Das Material wird aber nur dann richtig benutzt, wenn es den Komplexen nicht widerspricht. Wenn der Patient arbeitet, eine Reise macht, wenn er mit uns über die Dinge plaudert, die seine Komplexe nicht berühren, bemerken wir von einer Störung nichts. Innerhalb des autistischen Gedankenganges aber tritt statt der logischen Reproduktion eine den Affekten entsprechende auf; so kommt es auf dem Gebiete des Gedächtnisses zu Täuschungen der verschiedenen Arten[2]). Die Gedächtnislücken haben wie bei anderen Kranken und bei Gesunden verschiedene Genesen. Auch sie können affektiven Bedürfnissen entsprechen (man vergißt, was man nicht wissen möchte); mancher deliriöse Zustand ist inhaltlich wie in bezug auf die Assoziationsschaltungen so sehr verschieden vom Habitualzustand, daß der Kranke von ihm aus nicht mehr die gleichen Assoziationsfäden auffinden kann; daß er ferner kunterbunt durcheinander gehende innere Ereignisse überhaupt vergißt, hat der Schizophrene mit dem Gesunden gemein.

Es läßt sich auch verstehen, daß der Schizophrene oft mehr Gedächtnismaterial zur Verfügung hat als der Gesunde. Dieser sichtet die Eindrücke, die ihm die Sinne zutragen; was für ihn wichtig ist, wird vielfältiger (vielleicht auch intensiver) den übrigen Ideen assoziiert, so daß es auf vielen Wegen wieder aktualisiert werden kann. Anderes Material (z. B. die Erinnerungsbilder aller der Leute, die uns bei einem Gang durch die Straße begegnet sind) wird von assoziativer Verbindung möglichst fern gehalten und kann deshalb nur unter ausnahmsweisen Umständen ins Gedächtnis zurückgerufen werden. Der ziellose Schizophrene unterläßt diese Sichtung. Er beachtet Wichtiges und Gleichgültiges in gleichem Maße; die assoziativen Verbindungen des letzteren Materials werden nicht gehemmt. Er wird also unter Umständen alles gleich gut reproduzieren können. — Daß mit dem Gesagten schon alle Wurzeln der Gedächtnisabnormitäten aufgedeckt seien, ist natürlich nicht anzunehmen. Doch müssen die genannten Verhältnisse den Gang der Erinnerungen beeinflussen, und sie machen alles begreifbar, was wir bis jetzt vom schizophrenen Gedächtnis wissen.

Jung denkt nach Analogie Freudscher Ideen auch daran, daß die Gedächtnisbilder, weil kein Abreagieren stattfindet, keine Usur erleiden. Mir erscheint das unveränderte Fortbestehen aller Gedächtnisbilder während des ganzen Lebens auch bei Gesunden wahrscheinlich. Die Auffassung könnte also für mich nur dann in Betracht kommen, wenn man statt „Gedächtnisbilder" sagen würde „Erinnerungsbahnen"[3]). — Wüßten wir, was die primäre Neigung zu Stereotypien ist, so müßte die Frage geprüft werden, inwiefern das anscheinend abnorm starke Gedächtnis der Schizophrenen mit ihr zusammenhänge, eventuell mit derselben identisch wäre.

---

[1]) Ich brauche hier den Ausdruck ohne Rücksicht darauf, ob die Wahrnehmung bewußt oder unbewußt sei.

[2]) Vgl. unten den Abschnitt über die analogen Wirklichkeitstäuschungen.

[3]) Damit möchte ich nicht behaupten, daß die Erinnerungsbahnen etwas von den anderen Engrammen verschiedenes sein.

Genau wie das Gedächtnis ist die Orientierung innerhalb realistischer Gedankengänge ungestört, während sie in anderer Schaltung nach den Komplexbedürfnissen umgestaltet wird. Natürlich ist die Orientierung in der eigenen Lage am seltensten ganz normal, weil eben die Krankheitserscheinungen zum Komplex gehören und vom Patienten selten als krankhaft erkannt werden können; er glaubt sich ungerecht eingesperrt, die Ärzte sind seine Feinde. Aber auch hier gibt es alle Übergänge von nahezu vollständiger Einsicht bis zur kompletten Umdeutung aller Verhältnisse, und zwar nicht nur von Patient zu Patient, sondern manchmal auch beim nämlichen Kranken, und zwar gelegentlich innerhalb weniger Augenblicke.

Die „doppelte Registrierung" und „doppelte Orientierung" ist nach dem Gegebenen selbstverständlich. Das Erfahrungsmaterial wird richtig deponiert, der realistische Gedankengang benutzt es in richtiger Weise, der autistische fälscht es; beide laufen aber nebeneinander ab, ohne sich zu stören. Kompliziert wird der Vorgang nur da, wo Fälschungen durch eigentliche Illusionen und Halluzinationen eintreten; da können sich die Kranken manchmal nicht mehr ganz zurecht finden. Immerhin ist es für den sekundären Charakter der Illusionen bezeichnend, daß auch unter solchen Umständen, wo man nicht anders annehmen kann, als daß der Kranke wirklich statt seines Vaters einen Teufel mit feurigen Augen und Haaren und einem Schweif sieht, wohl noch die richtige Wahrnehmung neben der verfälschten existiert.

ζ) Der schizophrene Blödsinn.

Nachdem wir die wichtigsten Elemente als sekundär bezeichnet haben, aus denen sich die schizophrene Demenz zusammensetzt, ist es selbstverständlich, daß auch diese selbst im wesentlichen als sekundär aufgefaßt werden muß. Es werden ja wohl einzelne primäre Symptome an dem Bilde beteiligt sein, doch sehen wir sie für gewöhnlich nicht. Es ist auch gut möglich, daß uns andere Beobachtungsmethoden später einmal in schweren Fällen hinter dem sekundären einen primären Blödsinn deutlich machen. Vorläufig sehen wir nur, daß die Kranken ihre Gedanken zerspalten, daß sie ihre Affekte absperren, daß sie sich von der Wirklichkeit abkehren. Wir sehen ferner, daß kein geistiger Besitz zugrunde geht; ja die Erfahrung an vielen einzelnen Fällen macht es in höchstem Grade wahrscheinlich, daß in allen chronischen Zuständen auch die Überlegungsfähigkeit in komplizierten Dingen nicht ganz ausgefallen, sondern im wesentlichen nur sekundär unterdrückt, durch die Spaltung gehindert wird. So können wir in keinem Stadium vorübergehende oder bleibende Besserungen ausschließen. Daß vielleicht ein Drittel der Anstaltsfälle in Wirklichkeit nur vorübergehend oder gar nie aus dem Blödsinn herauskommt, spricht natürlich nicht gegen die sekundäre Natur der Erscheinung. Schon Gesunde verrennen sich nicht selten dauernd in irgend eine Idee; wieviel mehr muß es dem Schizophrenen begegnen, der die korrigierenden Einwirkungen der Wirklichkeit und der Überlegung systematisch abspaltet und sonst schon eine Neigung zu Perpetuierung von psychischen Funktionen besitzt.

Ein Teil der hervorragendsten Demenzsymptome sind nichts als Teilerscheinungen der gemütlichen Verblödung. Wo die Affekte fehlen oder ein-

geklemmt sind, kann sich auch kein Streben entwickeln. Zum gleichen Effekt wirken noch andere Faktoren mit: wo alle Wünsche im Autismus befriedigt sind, oder wo sie unerfüllbar erscheinen, ist kein Grund zum Streben mehr vorhanden. Wo das Verhältnis zur Außenwelt unterbrochen oder stark gefälscht ist, kann kein Antrieb da sein, auf sie einzuwirken. Auch die intellektuellen Defekte hindern das Streben: die Synthese der einzelnen Gedanken zu einer Idee, die zum Handeln treiben könnte, ist gestört; die Feststellung eines Zieles für das Handeln ist durch die logische Unfähigkeit gehindert.

Die schizophrene Intelligenzstörung im engeren Sinne setzt sich im wesentlichen aus folgenden Elementen zusammen: Die eigentliche Assoziationsstörung führt zu vielerlei falschen Resultaten. Die Sperrungen machen viele Gedankengänge unmöglich. Aus affektiven Gründen können auch ohne Sperrungen bestimmte Denkrichtungen gar nicht eingeschlagen werden; die Patienten denken und reden vorbei, nicht nur aus innerem und äußerem Negativismus, aus Gleichgültigkeit und infolge unvollständiger Ideen, sondern auch, weil gerade die Richtung nach der aktuellen Zielvorstellung ausgeschaltet ist.

Direkt gefälscht wird die Logik dadurch, daß logische Operationen durch affektiv bedingte Assoziationen ersetzt werden; ferner durch die Abspaltung der Komplexe, welche eine Welt für sich bilden, ohne andere Ideen, insbesondere die Wirklichkeit in Berücksichtigung zu ziehen. In diesen Spaltungen widersetzen sich die Affekte mit einer oft unüberwindlichen Stärke der Assoziierung korrigierender Gedanken. Der Paralytiker macht seine blödsinnigen Pläne deshalb, weil er an bestimmte Dinge „nicht denkt"; er kann von außen an seine Fehler erinnert werden, so daß er sie wenigstens durch einen neuen Fehlschluß kompensieren muß; eine ausgesprochene schizophrene Abspaltung aber ist einer logischen Korrektur nur selten zugänglich. Bei der Paralyse wird ein Weg aus Versehen nicht eingeschlagen, bei der Schizophrenie ist der Weg physikalisch gesperrt, oder man hat Furcht, ihn zu gehen. So wird die Kritik in vielen Fällen nicht nur ungenügend durch die Denkfehler, sondern sie wird geradezu unmöglich gemacht dadurch, daß die kritisierende Idee nicht mit der zu korrigierenden zusammengebracht wird. — Der durch die bisher genannten affektiven und intellektuellen Defekte erzeugte Mangel eines Zieles der Gedanken begünstigt die Zerfahrenheit, die ohnedies schon durch die assoziativen Aberrationen hergebracht wird.

In der Resultante aller dieser mangelhaften Vorgänge, im Handeln, zeigt sich die dritte Seite des schizophrenen Blödsinnes. Aus Mangel an Streben handeln die Kranken bald gar nicht, bald ziellos, bald launenhaft; letzteres, weil ihnen je nach der Einschaltung der Komplexe wechselnde Ziele vorschweben. Und da, wo der Patient handeln will, tut er es oft infolge der falschen Logik unzweckmäßig oder geradezu widersinnig. „Zufällig" auftauchende Assoziationen bedingen ein unbegründetes Handeln nach Einfällen, Zwangsimpulse rufen unpassende Handlungen gegen den Willen des Kranken hervor.

Man hat schon viele andere Theorien gemacht, die die schizophrene Demenz erklären sollten. Die meisten gehen aus von der Annahme einer „Schwächung der geistigen Funktionen", wie sie ja leicht aus dem Begriff des Blödsinnes herausgelesen wird. Viele stellen sich diese Schwächung dynamisch vor. P. Janet spricht bei Kranken, die wir zu den Schizophrenen zählen würden, von Abaissement du

niveau mental; Lehmann (409) von herabgesetzter Energie des Bewußtseins. Wir besitzen indes kein Maß für die psychische Energie und sind deswegen ganz außerstande, dynamische Theorien zu diskutieren. Immerhin darf man nicht vergessen, daß manche Schizophrene innere und äußere Leistungen aufweisen, die mit dem Gedanken einer allgemeinen Herabsetzung der psychischen Energie sehr schwer vereinbar sind.

Andere gehen von der Beobachtungstatsache aus, daß die „psychische Höchstfunktion“ oder — was in ähnlichem Sinn gemeint ist — die psychische Synthese geschwächt ist. Ich glaube nicht, daß uns eine solche Betrachtungsweise weiterführt. Solange die „psychische Höchstfunktion“ ein ganz undefinierbarer oder wenigstens ad libitum definierbarer Begriff ist, erscheint eine derartige Erklärung nur ein Spiel mit Worten. Es ist auch methodologisch sehr gewagt, etwas erklären zu wollen von den kompliziertesten und deswegen am wenigsten faßbaren Funktionen aus, die man überhaupt kennt.

Mit dem Begriffe der „Schwächung der psychischen Synthese“ steht es etwas besser. Wir weisen ja wirklich nach, daß die Synthese des Assoziationsmaterials oft fehlt — aber sie fehlt nicht immer — und wir finden schon unterhalb dieser komplizierten Funktion in den Assoziationen Störungen, so daß die Erklärung bestenfalls ungenügend wäre.

Eine andere plausiblere Art der dynamischen Erklärung geht von der Aufmerksamkeit oder den Affekten aus. Wir sehen wirklich, daß normaliter bei affektiver Präokkupation, bei großem Mangel an Aufmerksamkeit oder auch neben starker Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit eine Anzahl schizophrener Symptome vorkommen: sonderbare Assoziationen, unvollständige Begriffe und Ideen, Verschiebungen, logische Schnitzer, Stereotypien. Die schizophrene Dissoziation geht aber sehr viel weiter als diese affektive; ja auch bei der Hysterie, wo wir die Affektwirkung bis zum Extrem vergrößert sehen, kommt es nie zu Begriffsspaltungen im besonnenen Zustand, und bei anderen Krankheiten mit Störung der Aufmerksamkeit und verstärktem Einfluß der Affekte wie bei den organischen Psychosen und der Epilepsie sehen wir keine schizophrenen Bilder. Es gehen denn auch in der Schizophrenie die Störungen der Affekte und die primären Assoziationsanomalien einander gar nicht parallel, die erstere ist vielmehr abhängig von zufälligen Erlebnissen, während die zweite als direkter Ausdruck der Gehirnstörung imponiert. Es kommt hinzu, daß auch schwer Kranke unter gewissen Umständen sehr gut aufmerken können, und daß die Kranken bei Aufmerksamkeit die gleichen Fehler machen können, wie in der Zerstreutheit. Vielleicht darf man auch hinzuziehen, daß wir oft im Traum die Aufmerksamkeit energisch anspannen und doch schizophrenieartige Gedankengänge produzieren. — Der Begriff der Aufmerksamkeit selber ist für die meisten Psychologen noch ein recht dehnbarer und schlecht begrenzter; er erinnert in dieser Beziehung noch stark an die Apperzeption. Wenn man aber zur Aufmerksamkeit nur das rechnet, was man wirklich beobachtet, Hemmung und Bahnung bestimmter Assoziationsgruppen unter affektivem Einfluß, so kann eine „Aufmerksamkeitsstörung“ nichts Primäres sein und bedarf ihrerseits wieder einer Ableitung. Von unserem Standpunkt aus ist eine solche nicht schwer zu geben.

Claus stellt die „Alteration des facultés actives“ in den Vordergrund: „la démence précoce est une maladie qui touche primitivement les facultés actives de l'esprit. Apathie, aboulie, perte de l'activité intellectuelle, telle est la triade symptomatique, caractéristique de la démence précoce“. Es gibt zu viele Schizophrene mit großer Aktivität (Pseudoschriftsteller, Weltverbesserer, Arbeitende in Anstalten), als daß man diese verallgemeinernde Umschreibung gewisser Symptome annehmen könnte.

Man hat auch von einem Herabsinken auf subkortikale Funktionen gesprochen, meist in Verbindung mit der Herabsetzung der psychischen Energie. Wir kennen aber bis jetzt keine Gründe, psychische Funktionen unterhalb der Rinde zu lokalisieren; noch viel weniger haben wir Unterscheidungszeichen, was in der Psyche kortikal und was subkortikal ist. Mit solchen Auffassungen ist also zur Zeit nichts anzufangen.

Die weitestgehenden Erklärungen hat Wernicke versucht unter Benützung seiner lokalisatorischen Ideen. Die Symptomatologie der Schizophrenie (inklusive Motilitätsstörungen) gibt uns aber gar keine eindeutigen Hinweise auf eine Lokalisation (vgl. Theorie der Motilität).

η) Die Wirklichkeitsfälschungen.

Wir erfassen die Außenwelt nicht direkt mit den Sinnesorganen, sondern müssen sie erst durch Synthese und logische Schlüsse aus dem durch die Sinne gegebenen Material in uns schaffen. Die Aberrationen des Gedankenganges führen deshalb zu Fälschungen in der Auffassung der Wirklichkeit. Diese Fälschungen finden ihren klarsten Ausdruck in Wahnideen, aber auch in Sinnes- und Gedächtnistäuschungen. Es geht nicht an, die Wahnideen sekundär aus Halluzinationen und Illusionen der Sinne und des Gedächtnisses abzuleiten. Es handelt sich um koordinierte Symptome, die alle der Ausdruck der nämlichen Wirklichkeitsfälschung sind. Forels Patientin L. S. drückt dies von der subjektiven Seite sehr klar aus: „Deutlich zwischen Wahnideen, Illusionen und Halluzinationen zu unterscheiden, ist oft nicht möglich.“ So ist es auch nicht richtig, wenn man sagt, ein Patient bewege sich nicht, weil er sich fürchte, in einen halluzinierten Abgrund zu fallen; Bewegungslosigkeit und Vorstellungen des Abgrundes sind parallele Erscheinungen, wie sich in einem solchen Falle etwa damit beweisen läßt, daß der Patient auch seinen Speichel nicht verschluckt, eine Bewegung, die ganz ungefährlich wäre. Die imperativen Stimmen befehlen nichts, dem der Patient nicht aus irgend einem Grunde zu folgen die Tendenz hat usw.

1. Die Wahnideen.

Um in die Genese der Wahnideen einzudringen, müssen wir uns notwendig klar machen, daß wir unter dieser Bezeichnung ganz verschiedene Dinge mit verschiedenem Ursprung zusammenfassen. Specht (731) hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, ohne indes eine Einteilung zu geben, die den speziellen Bedürfnissen an dieser Stelle entspräche. Die hier versuchte Formulierung der Unterschiede halte ich für eine sehr vorläufige; über die Schizophrenie hinaus möchte ich ihr keine Gültigkeit beimessen.

Aus den verschiedenen Arten von Wahnideen ist zunächst der Grundwahn herauszuheben: der Kranke ist verfolgt, mächtig, Prophet, geliebt. Der Grundwahn enthält die Wahnrichtung, und zwar meist in konkreter Anwendung: der Kranke ist verfolgt von bestimmten Leuten oder unter bestimmten Umständen, er ist Machthaber in einem gewissen Gebiete, hat eine religiöse Mission in ganz bestimmtem Sinne, wird geliebt von einer bestimmten Person. Manchmal gehört ein ziemlich detaillierter Ausbau dazu. Der Grundwahn entsteht, wie gleich näher auszuführen ist, nur unter affektiven Einflüssen und ist immer egozentrisch.

Ein großer Teil der Wahndetails aber sind zufällige Wahnanwendungen, im logischen Sinne den Irrtümern näher verwandt als dem Grundwahn. Der Kranke mit Vergiftungswahn bekommt Diarrhöe; unter der gegebenen Voraussetzung, daß die Ärzte ihm nach dem Leben trachten, ist der Schluß auch für den Gesunden selbstverständlich, daß im Essen Gift gewesen sei. — Ein Brief eines Verfolgten bleibt unbeantwortet. Mit Fehlern der Post rechnet man nicht. Der Adressat gilt dem Patienten als ein zuverlässiger Freund, er kann nicht schuldig sein; dagegen hat der Arzt ein großes Interesse, des Patienten Brief nicht zu befördern; also hat er den Brief unterschlagen. Genetisch handelt es sich um einen logischen Irrtum, der sich fast notwendig aus der falschen Prämisse des Grundwahnes ergibt, also um etwas prinzipiell anderes als dieser selbst ist. Während der Grundwahn unwandelbar ist, läßt sich ein solcher Irrtum unter Umständen auch bei Kranken leicht korrigieren; mit besonnenen Kranken kann man oft darüber diskutieren wie mit Gesunden. Sie betonen ihn auch nicht so konsequent mit dem dem Grundwahn zukommenden Affekt.

Eine andere Art ist als „Erklärungswahn" geradezu nur dem Rest von gesunder Logik zu verdanken, den der Patient manchmal behalten hat. Der Taglöhner, der sich von gräflicher Abstammung wähnt, muß seine Eltern für seine Pflegeeltern ansehen, wenn er diese Konsequenz noch zu ziehen vermag.

Eine dritte Art sekundären Wahnausbaues, die auch noch als Erklärungswahn bezeichnet werden kann, entspringt dem Kausalitätsbedürfnis; warum verfolgen die Ärzte den Kranken? Gestützt auf die falsche Prämisse der bestehenden Verfolgung muß sich der Patient mehr oder weniger zwingende Antworten geben, wie sie der Gesunde unter gleichen Umständen auch bilden müßte. Oder der Patient hört Stimmen, obschon niemand da ist. Hat er noch Kausalitätsbedürfnis, so bleibt ihm gar nichts anderes übrig, als sich Maschinen zu denken, mit denen man ihm Stimmen macht oder aus der Ferne zu ihm spricht, oder er muß überirdische Einflüsse annehmen. Allerdings können hier die Schizophrenen mit ihrer Abtrennung von der Wirklichkeit und ihrer logischen Schwäche viel weiter gehen als Gesunde unter gleichen Umständen; sie denken sich manchmal nicht bloß eine für sie unverständliche Maschinerie, sondern einen ganz bestimmten Apparat, der oft so klar vor ihnen steht wie eine extrakampine Halluzination.

Oft ist das Kausalitätsbedürfnis von außen gegeben: Eine Patientin hat aus irgend einem nicht weiter verständlichen „Einfall" eine Uhr genommen; auf Vorhalt erklärt sie, die Uhr gehöre ihrem Manne[1]). — Ein Patient will oder kann aus irgend einem Grunde nicht essen; zur Begründung schafft er sich den Wahn, es sei ihm verboten. Solche Wahnentwicklungen sind etwas Gewöhnliches, sie entstehen teils aus logischen, teils aus affektiven Bedürfnissen, teils aus „Einfällen", die oft in vagen Analogien begründet sind.

Ungenügende Analogien und alle anderen logischen Schnitzer können bei der Unzulänglichkeit des schizophrenen Denkens ohne sichtbaren Zusammenhang mit dem Grundwahn falsche Ideen bilden. Oder es entstehen solche daraus,

[1]) Solche Erklärungen ex post finden sich in genau gleicher Weise nach posthypnotischer Ausführung unsinniger Suggestionen.

daß durch Zufall gleichzeitig von außen gegebene Ideen fälschlich in logischen Zusammenhang gebracht werden (Beispiele S. 18). Man ist vorläufig gezwungen, auch diese Dinge als Wahnideen zu bezeichnen, da sie sich durch die krankhafte Art der logischen Entwicklung von den Irrtümern des Gesunden unterscheiden.

Alle diese Arten von Wahn sind nicht scharf getrennt, indem mehrere Ursachen an der Entstehung der gleichen falschen Idee zusammenwirken können. Da die Logik unserer Kranken meist auch außerhalb der Affektwirkung defekt ist, spielen logische Fehler leicht überall, auch bei den „Erklärungen" mit. Der Affekt, der den Grundwahn erzeugt hat, wirkt natürlich fort im Detailausbau desselben. Wenn ein Affekt vorhanden ist, werden die Kranken unter allen Umständen viel geneigter sein, logische Fehler zu machen, so daß der Affekt auch die Entstehung anderer Wahnformen begünstigt: Ein Hebephrene bekam die Idee, sein Oheim sei unglücklich, auf dem Wege eines ungenügenden Analogieschlusses: er selbst ist arm, aber glücklich; der Oheim ist reich, also unglücklich. Wahrscheinlich hätte Patient diesen Fehlschluß nicht gemacht, wenn dieser nicht durch die Eifersucht auf den Oheim begünstigt worden wäre. Manchmal aber ist der Affekt so unbedeutend, daß er uns als Nebensache erscheint, und oft finden wir überhaupt keinen Affekt in Verbindung mit solchen Ideen, weder bei der Entstehung noch nachher. Die Wahnideen aus rein logischen Defekten brauchen also nicht egozentrisch zu sein, zum großen Unterschied vom Grundwahn.

In gewissen Fällen von Wahnideen liegt das proton Pseudos gar nicht in der Idee, sondern in einer Erfahrung: infolge Abspaltung selbsttätiger Komplexe fühlt der Patient oft einen zweiten Willen in sich. Je nach seiner Weltanschauung muß er bei Unkenntnis oder affektiver Ablehnung des Krankhaften dieser Erfahrung auf Besessenheit oder hypnotische Einflüsse oder etwas ähnliches zurückschließen. Die Empfindung der zweiten Seele, eventuell des Zwanges, ist etwas Primäres, die Erklärung ist für ihn eine notwendige.

Primordiale Wahnideen, die fertig ins Bewußtsein treten ohne Veranlassung durch Halluzinationen und ohne daß der Patient ihre Entstehung verfolgen könnte, sind natürlich als Resultate der Denkarbeit im Unbewußten aufzufassen, die durch die Selbständigkeit abgespaltener Funktionen so sehr erleichtert ist. Entspringen sie aus einem der gefühlsbetonten Komplexe, so müssen sie egozentrisch sein, andernfalls ist dies nicht nötig.

Die wichtigste und oft ausschließlich allein berücksichtigte Wahnform ist natürlich der Grundwahn mit seinem Ausbau und seiner Detailanwendung. Seine Entstehung ist nach dem im vorigen Abschnitt Gesagten selbstverständlich:

Die Affekte hemmen bei jedem Menschen bis zu einem gewissen Grade die ihnen widersprechenden Assoziationen und fördern die gleichsinnigen. Deshalb täuscht sich auch der Gesunde unter dem Einfluß der Affekte nicht selten, obgleich er im Prinzip als selbstverständlich zugleich mit einem unerfüllbaren Wunsche auch dessen Unerfüllbarkeit und zu einer bloßen Befürchtung auch die Möglichkeit ihrer Unrichtigkeit hinzudenkt. Wer sich über jemanden ärgert, sieht dessen Fehler ausschließlich oder doch in Vergrößerung; wer etwas sehr wünscht, verkleinert die Hindernisse; wer sich fürchtet, vergrößert sie; wer aus irgend einem Grunde die Außenwelt feindlich auffaßt, findet überall Grund

zu Mißtrauen. Die Unbelehrbarkeit und Diskussionsunfähigkeit bei Gesunden, deren Affektivität nachhaltig und im Verhältnis zur Überlegungskraft sehr stark ist, führt zu Irrtümern und geht ohne Grenze in die Paranoia über.

Sind die logischen Affinitäten geschwächt[1]), so verstärkt sich der Einfluß der Affekte; Hindernisse einer Wunscherfüllung werden gar nicht mehr im Zusammenhang mit dem Wunsche gedacht; dadurch erhält dieser Realitätswert; die Fälschung geht bis zu Wahnideen, die sich somit nur quantitativ von jenen Täuschungen des Gesunden unterscheiden. Durch die weitgehende Spaltung der psychischen Funktion wird der Affekt innerhalb eines bestimmten Ideenkomplexes zum Alleinherrscher; Kritik und Korrektur werden unmöglich. So schaffen sich die Affekte in den abgespaltenen Komplexen phantastische Welten ohne jede Rücksicht auf die Wirklichkeit, der sie nur das zu ihnen passende Material entnehmen. Das letztere wird ihnen in der Schizophrenie besonders leicht gemacht durch die Lösung der Assoziationsbahnen, die ihnen ermöglicht, jedes beliebige Material mit dem beständig in funktioneller Bereitschaft stehenden Komplex zu verbinden und in dessen Sinne zu verwerten. Die Logik, so weit sie benutzt wird, tritt nun in den Dienst der affektiven Bedürfnisse und beim Ausbau in den Dienst des Wahnes.

Diese autistischen Welten sind in jedem Falle unter der Führung irgend eines oder mehrerer der wichtigsten menschlichen Triebe entstanden: Liebesglück, Macht, Reichtum sind erträumte Ziele; fehlende oder unrichtige sexuelle Betätigung, eigene Nichtigkeit und Verfolgung die Befürchtungen, die sich daran knüpfen.

Diese Auffassung von der Genese des schizophrenen Grundwahnes deckt restlos alle die tausendfältigen Beobachtungen. Alle ihre einzelnen Elemente sind Beobachtungstatsachen. Es ist ein zwingender Schluß, daß diese Tatsachen zu Wahnideen führen; hypothetisch wäre nur die Voraussetzung, daß nicht noch andere Mechanismen mitsprechen. Wir sind uns aber klar darüber, daß wir nicht alle psychischen Funktionen kennen, und daß auch hier noch manche unbekannte Verhältnisse mitwirken mögen. Dies soll uns nicht hindern, das, was wir bis jetzt kennen, in seinen Wirkungen zu studieren[2]).

Man hat alle Wahnideen auf logischem Wege entstehen lassen wollen, als Erklärungen von veränderten Körperempfindungen, veränderten Wahrnehmungen usw. (Schuele, Berze, Neißer, 518). Dem ist entgegenzuhalten, daß wir bei vielen Kranken diese Veränderungen gar nicht finden[3]) und jedenfalls nirgends an der

[1]) Es kommt natürlich aufs gleiche heraus, wenn der Affekt abnorm stark ist wie bei der Melancholie, oder wenn gar beide Anomalien sich summieren wie bei der manischen und der melancholischen Paralyse.

[2]) Eingehender ist die Entstehung dieser Wahnideen geschildert in Bleuler, Affektivität, woselbst sich auch eine kurze Kritik der wichtigsten abweichenden Theorien findet.

[3]) Schon aus diesem Grunde sind alle die Theorien zu verwerfen, die mit dem Wahn die ganze Krankheit aus Veränderungen der Körperempfindungen herleiten: Marandon de Montyel nennt die abnorme Coenästhesie das Primäre; Wherry meint geradezu, der Krankheitsprozeß sei außerhalb des Gehirns, dessen Funktionen nur durch veränderte Körperempfindungen gestört werden. Schuele spricht ebenfalls mit lokalisatorischen Beziehungen von einer „zerebrospinalen Verrücktheit“ und deutet einzelne Formen der Schizophrenie als „neuralgische Psychose“: „wahnhafte Traumblüten auf dem spinalen Nervenbaum, aus welchem sie erwachsen, die einzelne Wahnvorstellung auf einem abnorm funktionierenden Empfindungsnerv“. Auch in der Sexualität hat Schuele die Wurzeln der Krankheit ge-

Wurzel der Wahnideen, und daß erfahrungsgemäß auf logischem Wege Wahrheiten, Vermutungen und Irrtümer deduziert werden, nicht aber Wahnideen im Sinne des Grundwahnes. — Man hat die Wahnidee aus dem „Affekt des Mißtrauens“ herauswachsen lassen (namentlich Specht). Die Idee könnte höchstens für den Verfolgungswahn Geltung haben, nicht für die anderen Formen. Gibt es aber einen Affekt des Mißtrauens? Und wenn es einen gäbe, woher käme der bei unserer Krankheit?

Am nächsten kommen wir der Friedmannschen Auffassung, die den Wirklichkeitswert einer Vorstellung von ihrer Stärke abhängig macht. Die Stärke hängt aber auch nach dem Autor von der Affektbegleitung ab. Wir können also die meisten seiner Ausführungen akzeptieren, so weit sie nicht statt der „affektbetonten Vorstellung“ den unfaßbaren Begriff der „starken Vorstellung“ setzen.

Die „Eigenbeziehungen“, die in der Genese der Wahnideen eine so große Rolle spielen, sind für uns ein selbstverständliches Teilsymptom, das am Zustandekommen der Wahnideen mitbeteiligt ist: der gefühlsbetonte Komplex funktioniert beim Schizophrenen auch während anderer Gedankengänge, ist also jederzeit bereit, irgend welches Material zu assimilieren; wir brauchen nicht auf Neißers Verstärkung der Empfindungen zu rekurrieren, die nur ausnahmsweise vorhanden ist. Da der Komplex einen wichtigen Teil des Ich repräsentiert, sind mit dieser Bemerkung auch die Auffassungen getroffen, die den Wahnideen eine „Hypertrophie des Ich“ oder etwas Ähnliches zugrunde legen. Besondere Bedeutung hat nicht das Ich bekommen, sondern ein Teil desselben, der Komplex.

2. Die Sinnestäuschungen.

Wie die Wirklichkeitsfälschungen sich in Sinnestäuschungen ausdrücken können, wissen wir nicht. Die Beobachtung, daß neben Illusionen noch eine richtige Beobachtung des gleichen Erlebnisses stattfinden kann, weist uns darauf hin, die Störung möglichst weit zentral zu verlegen. Die normalen Analogien zu den Sinnestäuschungen gehen nicht so weit, daß man zur Zeit wie bei den Wahnideen bloß von einem quantitativen Unterschiede sprechen könnte; dennoch mag es gut sein, sie nicht zu übersehen: jedermann hat Illusionen; jedermann kann im Traum oder bei verschiedenen anderen Anlässen halluzinieren. Die Disposition zu diesen Täuschungen ist also gewiß eine recht naheliegende. Über den Wirklichkeitswert unserer Sinnesempfindungen täuschen wir uns beständig. Wir glauben mit den Sinnen eine Gaslampe wahrzunehmen, während wir in Wirklichkeit nur Helligkeits- und Formunterschiede empfinden, die wir mit Hilfe der früher gesammelten Erinnerungsbilder als Lampe deuten. Es liegt also in der Wahrnehmung ein wichtiger intrazentraler Vorgang, der bei der Schizophrenie leicht in Mitleidenschaft gezogen werden mag und dann zu Illusionen führen könnte. Der Schritt von da bis zu Halluzinationen muß ein recht kleiner sein, denn schon innerhalb der Norm gibt es nicht nur Illusionen, sondern bei hervorragender optischer oder akustischer

---

funden; er hat besser beobachtet als andere, aber die Beobachtungen physiologisch statt psychologisch zu deuten versucht.

Man hat angeführt, daß im Traum aus abnormen Körperempfindungen Halluzinationen entstehen. Es handelt sich aber dabei nur um ein Material, das von einer bereits bestehenden Wahnrichtung benutzt wird, analog dem speziellen Vergiftungswahn bei Diarrhöe, wenn allgemeiner Vergiftungswahn besteht. Die Wahnrichtung kann auch im Traume nur aus psychischen Gründen gegeben sein, und erfahrungsgemäß sind diese Gründe ausschließlich affektive.

Phantasie können bekanntlich Vorstellungen „so lebhaft werden“, daß sie sinnlicher Wahrnehmung gleichkommen. Bei der Schizophrenie, wo sich die Unterschiede zwischen Realität und Phantasie stark verwischen, mag dies noch viel leichter geschehen. — Die spezielle Form der Reflexhalluzinationen wird in der Übertreibung eines normalen Vorganges wurzeln: das Sehen einer Handschrift, das Hören von Schritten erregt oft einen sehr lebhaften Gefühlston, ja bestimmte Ideen, die dem Urheber der Wahrnehmung entsprechen, auch wenn man diesen im Bewußtsein nicht erkannt hat.

Die Anlässe für die schizophrenen Halluzinationen sind überhaupt meist psychischer Art. Die Sinnestäuschungen selbst erweisen sich ferner als psychische und nicht als sinnliche Anomalien, indem sie nicht nur inhaltlich einen Gedanken ausdrücken, sondern auch in Nebensachen von Vorstellungen abhängig sind: ihre Lokalisation geschieht oft nachweislich nach der Richtung der Aufmerksamkeit, und wenn von der rechten Seite oder von oben angenehme, von links, respektive unten, unangenehme Stimmen gehört werden, so hat das seinen Grund in der Regel nicht in der Veränderung des peripheren oder zentralen Gehörapparates der einen Seite, sondern in der Bedeutung, welche diesen Richtungen in unseren Vorstellungen gegeben wird. Natürlich brauchen die Halluzinationen nicht bewußten Vorstellungen zu entspringen; von ihnen gilt auch, was Ziehen von den Illusionen sagt: sie „vollziehen sich bald im Sinne aktueller, bald im Sinne latenter Vorstellungen“ (840, S. 41). Haben sie auch ihre Wurzel im Unbewußten, so erzwingen sie sich oft die Aufmerksamkeit gegen den Willen des Patienten vermöge der affektiven Bedeutung des Ursprungskomplexes. Daß die Sinnestäuschungen nicht nur die einzelnen Komplexe, sondern auch den normalen Rest der Persönlichkeit mit ihrer Kritik und eventuell ihrer teilweisen Einsicht repräsentieren können, erscheint selbstverständlich.

Warum bei unserer Krankheit gerade die Täuschungen des Gehörs und der Körperempfindungen dominieren, vermögen wir nicht zu sagen. Immerhin wird es nicht ohne Bedeutung sein, daß bei keiner andern Psychose das Ich und seine Stellung zur Welt, das Denken und Fühlen so stark alteriert ist. Der Ausdruck des Denkens und Fühlens in Worten ist so naheliegend, daß behauptet worden ist, man denke überhaupt nur in Worten. Gerne bringt man ferner mit der Veränderung des Ich die Körperhalluzinationen in Verbindung, da die Empfindungen des eigenen Körpers den Grundstock des Ichkomplexes bilden müssen[1]). Es wird wohl etwas Richtiges an dieser Auffassung sein; bewiesen ist sie nicht. Dagegen ist es sicher, daß ein großer Teil der Körperhalluzinationen aus übertragenen und umgestalteten Sexualgefühlen entsteht; können doch Schmerzen in der Lebergegend, die Gallensteine vortäuschen, sich als der Ausdruck verlegter Schmerzen einer eingebildeten Geburt entpuppen. — Die Gesichtshalluzinationen treffen wir bei der Schizophrenie wie sonst auch nur bei den deliriösen Zuständen im Vordergrund. Ich möchte nicht behaupten, daß dies ausschließlich deshalb der Fall sei, weil in den besonneneren Zuständen eine Korrektur der optischen Halluzinationen durch andere Sinne und durch den Widerspruch mit den wirklichen Gesichtsbildern zu leicht sei.

[1]) „Den Wahn körperlicher Beeinflußung als Ausdruck der verlorenen Selbstbestimmung finde ich in 56% meiner Fälle.“ Albrecht (S. 683).

Keine Krankheit ist aber so geeignet wie die Schizophrenie, recht eindringlich zu zeigen, daß das Wesentliche an dem halluzinatorischen Prozeß im psychischen Organ liegt, weil — ganz abgesehen von vielen anderen Gründen — die Halluzinationen nicht Sinnesmaterial, sondern Gedanken und Gefühle und Strebungen ausdrücken, wenn wir auch wissen, daß die Auslösung der Halluzinationen von den Sinnesorganen aus so gut wie durch andere Reize geschehen kann.

Konrád hat allerdings bei Halluzinanten stärkere Erregbarkeit der Gehörs- und Gesichtsnerven gefunden; die Beobachtung bedarf aber noch der Nachprüfung an größerem Material.

Der Wernickeschen Sejunktionshypothese liegen ebenfalls Beobachtungen von Schizophrenen zugrunde; sie ist aber zu mechanisch, als daß sie so komplizierte Erscheinungen wie die Sinnestäuschungen verständlich machen könnte.

Die Kraepelinsche Auffassung der „Perzeptionshalluzinationen", die durch eine Erregung der Sinneszentren entstehen sollen, wird der Tatsache zu wenig gerecht, daß die Halluzinationen ganze Strebungen ausdrücken.

3. Die Gedächtnistäuschungen.

Wer ein Tagebuch führt und nach Jahrzehnten wieder darin liest, weiß, daß er manches anders notiert findet, als er es im Sinne hat. Regelmäßig ist dann die Version des Tagebuches die weniger angenehme. Die Erinnerung ist also umgestaltet worden in der Richtung der Wünsche, der Eigenliebe. Bei den Schizophrenen mit ihrer Schwäche der Logik und der übertriebenen Wirksamkeit der Affekte haben solche Umbildungen freies Spiel. Ganz wichtige Erfahrungsreihen werden verändert oder von der Erinnerung ausgeschaltet und durch anderes Material ersetzt: Gedächtnisillusionen.

Auch die Gedächtnishalluzinationen sind nichts der Schizophrenie Eigentümliches, wenn wir auch ihr Prototyp bei Gesunden fast nur im Traum finden, hier aber als eine gewöhnliche Erscheinung. Die Neigung, plötzlich aus dem Unbewußten aufzutauchen, teilen sie mit den schizophrenen Halluzinationen und Wahnideen: die vom Bewußtsein abgespaltenen Komplexe schaffen ein Gedächtnismaterial, das sich bei irgend einer Gelegenheit mit dem bewußten Ich verbindet.

4. Genese des Inhaltes der Wirklichkeitstäuschungen.

Wenn man auch von jeher da und dort in einem einzelnen Falle einen Einblick in die Mechanik einer Wirklichkeitsfälschung bekommen hat, so verdanken wir es doch erst Freud, daß die spezielle Symptomatologie der Schizophrenie erklärbar geworden ist. Zur Darlegung der Verhältnisse haben wir uns nur an einfache Beispiele gehalten und Komplikationen ignoriert. Es soll aber ausdrücklich hervorgehoben werden, daß die Analysen sehr viel weiter geführt werden können, als hier geschehen ist, und daß natürlich das Zustandekommen des einzelnen Symptoms nicht bloß durch die angeführten Momente, sondern außerdem durch mehrfache andere Konstellationen bedingt ist.

Auf die Technik der Untersuchung können wir nicht eingehen. Dagegen ist es leider notwendig, die ganze Auffassung zu verteidigen. Man hat ethische Gründe gegen die Freudschen Untersuchungen ins Feld geführt; sie mögen bei der Therapie diskutierbar sein, nur darf man auch dort nicht die momentanen

sexuellen Sitten mit der Ethik verwechseln. Gegen die Erweiterung unseres Wissens an sich aber gibt es keine ethischen Gründe, so wenig wie gegen die Richtigkeit von Forschungsresultaten. Gültige Einwände gegen unsere Auffassungen habe ich bis jetzt nicht zu Gesicht bekommen. Es beweist natürlich nichts, wenn man mit oder ohne Recht bestimmte „Deutungen“ als phantastisch hinstellt. Die ganze Flut von Angriffen beruht ausnahmslos auf Unkenntnis des Wesens der Sache, die man bekämpfen will. Diese Unkenntnis ist begreiflich, denn ohne jahrelange eigene Forschung kann man nicht zu einem Urteil kommen. Es ist ja unmöglich, das, worauf es ankommt, nur zum hundertsten Teil in die Beschreibungen hineinzulegen. Die genauesten Protokolle der Psychanalysen sind in dieser Beziehung wertlos, weil uns die Kranken mit ihrer Mimik, mit Ton der Stimme, mit Atmung, Erröten, mit Bewegungen der Hände und Beine, mit Zittern und Sperrungen, kurz mit Affektausdrücken viel mehr als mit Worten die Zusammenhänge demonstrieren. Auf alle diese Dinge reagiert jedermann unbewußt sehr fein. Der ungebildete Taglöhner, das einjährige Kind, ja jeder Hund richtet sich mit großer Sicherheit nach solchen Ausdrücken unserer Stimmung. In der Psychiatrie ist es vorläufig verpönt, bewußt darauf Rücksicht zu nehmen, während man ganze Ideen in einzelne Zellen domizilieren darf, ohne Entsetzen zu erregen.

Die Auffassung schizophrener Symptome im Sinne der Freudschen Symbolik macht aus folgenden Gründen Anspruch auf Richtigkeit:

Sie erklärt widerspruchslos eine unbegrenzte Menge von Tatsachen, die sonst ganz unvermittelt und unverständlich dastehen. Daß dies ein Zufall wäre, ist so undenkbar, wie daß eine Schrift bei veränderter Bedeutung der Buchstaben eine zusammenhängende sinnvolle Abhandlung geben würde.

Bei richtigen Deutungen ergeben sich trotz der vielen ihnen unterzuordnenden Tatsachen keine Widersprüche, während eine falsche Deutung meist vielfach anstößt und auch von dem Patienten gewöhnlich desavouiert werden kann. Richtige Deutungen werden von den Kranken gewöhnlich bestätigt, sobald die Widerstände überwunden sind. Die meisten Deutungen stammen überhaupt gar nicht vom Arzt, sondern vom Patienten.

Wären die Deutungen willkürlich, so müßten sie sich auch bei beliebigen anderen Zuständen in gleicher Weise anwenden lassen. Sie versagen aber z. B. beim Delirium tremens und überall da, wo man es nicht mit einer wesensgleichen Symptomatologie zu tun hat. Sie lassen sich ferner von den verschiedensten Seiten verifizieren: das Studium der experimentellen Assoziationen, die Symbolik des Traumes, der Poesie, der Mythologie, ergibt genau die gleichen Resultate. Die Ergebnisse sind auch im einzelnen Falle oft auf ihre Richtigkeit prüfbar, indem wiederholte Experimente unter gleichen Umständen die gleichen Resultate ergeben.

Mit der Sicherheit eines physikalischen Experimentes verbürgen diejenigen gar nicht seltenen Fälle die Richtigkeit der Deutungen, wo diese auf reale Vorgänge schließen lassen, die sich bei der objektiven Prüfung nachträglich als richtig erweisen.

So konnte ich in einem Falle aus dem Roman eines bekannten Dichters die Trennung von seiner Frau voraussagen mehrere Jahre, bevor sonst irgend etwas darauf hindeutete, und bevor nach allem menschenmöglichen Wissen der Ehemann selber sich der Loslösung von der Frau bewußt war. Wir konnten in anderen

Fällen bei Nervösen wie bei Geisteskranken aus Symptomen Zerwürfnisse zwischen Ehegatten diagnostizieren, deren Richtigkeit sich erst später herausstellte. Man kann aus einer bestimmten Mimik auf Fellatio, aus einer Wahnidee auf Gewissensbisse wegen Päderastie schließen und erhält vom Kranken ohne jede Suggestion die Bestätigung. Eine Menge der aus der Analyse sich ergebenden Erlebnisse lassen sich auch sonst objektiv verifizieren, sind also nicht, wie Reichardt meint, „selbstverständlich Produkte paranoischer Einbildung"[1]).

* * *

Ein wesentlicher Teil der schizophrenen Symptome entspringt den gefühlsbetonten Komplexen. Welche speziellen Komplexe den einzelnen Kranken beherrschen, das läßt sich schwer allgemein bestimmen. Von einem gewissen Einfluß sind unzweifelhaft Vorkommnisse, die in bezug auf die Person und die Krankheit zufällige genannt werden müssen. Wer sich gerade zur Zeit, da seine Krankheit akut einsetzt, verliebt hat, der wird diesen erotischen Komplex mit großer Wahrscheinlichkeit in die Krankheit hinüber zu nehmen haben. Wer gerade mit etwas anderem beschäftigt ist, wer z. B. um seine ökonomische Existenz zu kämpfen hat, wird leicht Ideen von Besitz und Reichtum in den Vordergrund stellen. Religiös angelegte Naturen werden natürlich eher zu „religiösem Wahnsinn" kommen als andere; oft wird die Krankheit allzu intensiver religiöser Beeinflussung von anderer Seite zugeschrieben; es wäre möglich, daß eine solche Einwirkung auch bei einem von Natur nicht religiös angelegten Menschen die Wahnrichtung bestimmen könnte. So recht nachgewiesen habe ich es noch nicht gesehen. Diejenigen Fälle, wo man den Ursprung der religiösen Wahnideen einigermaßen verfolgen konnte, deuteten alle auf frühere starke Beschäftigung mit solchen Dingen. War der religiöse Trieb schon früher nicht nur besonders stark, sondern qualitativ abnorm, so lag es allerdings am nächsten, die religiöse Betätigung schon der verkannten Krankheit zuzuschreiben, und bei der Unmöglichkeit, gerade bei religiösen Trieben zwischen ungewöhnlicher Stärke und krankhafter Abnormität prinzipiell zu entscheiden, mußte man die Frage nach der Ursache wieder offen lassen. Bei Frauen fanden wir am häufigsten die Liebe zu einem Pfarrer irgendwo an der Wurzel des „religiösen Wahnsinns"[2]).

So würde nicht die Krankheit aus dem Charakter herauswachsen, wie die vulgäre Auffassung meint, sie würde auch nicht in ihren Symptomen durch den Charakter bestimmt, wie Tiling sich denkt, sondern das, was die Symptomatologie bestimmt, ist der gefühlsbetonte Komplex, der aber seinerseits wieder oft abhängig ist von angeborenen Anlagen: nur wer den Trieb hat, eine bestimmte Rolle in der Welt zu spielen, sei es in Politik, Religion oder Wissenschaft, kann die Krank-

---

[1]) Eine ausführlichere Kritik der Angriffe auf Freud und auch eine teilweise Kritik der Freudschen Lehren selbst enthält: Bleuler, Die Psychanalyse Freuds. Wien, Deuticke 1911, und Jahrbuch für psychanalytische Forschung II, 1910.

[2]) Sie braucht nicht primär zu sein. Es kann z. B. so gehen, daß zunächst die hienieden unbefriedigte Sexualität in Religiosität sublimiert wird, und dann erst auf Grund religiöser Stimmungen der Pfarrer vor allen anderen Männern angeschwärmt und dadurch das Gefühl teilweise resexualisiert wird.

heitssymptome durch einen entsprechenden Komplex determinieren. Eine Triebrichtung indes ist allen Menschen gemeinsam, die sexuelle, die mit allem, was drum und dran hängt, einen großen Teil unseres Ich[1]) ausmacht. Deshalb treffen wir in jedem Falle den sexuellen Komplex, teils allein, teils in Verbindung mit anderen.

Hinter vielen der einzelnen Krankheitssymptome stehen also Wünsche und Befürchtungen, Strebungen und deren Hindernisse.

Diese Genese bedarf wohl keines Beweises in den häufigen Fällen, wo z. B. Anstaltspatienten ganz unmotiviert, aber überzeugt, plötzlich erklären: „Heute kommt mein Sohn und holt mich ab." Beim einen Kranken ist diese Idee unvermittelt aufgetaucht, dem andern haben es die Stimmen gesagt, der dritte hat es aus Zeichen erschlossen, die er auf sich bezog, und im Sinne des Wunsches deutete. Gleich selbstverständlich ist diese Auffassung in vielen anderen einfachen Fällen: Zwei Frauen glauben (ohne Berührung miteinander) den Mann, den sie lieben, in der Nähe, bald, weil sie seine Stimme hören, bald ohne einen solchen Anhaltspunkt, obschon die beiden Männer in Amerika sind. Eine Schizophrene, die in der Anstalt geboren hat, aber gar keine Milch produziert, hört die Stimmen sagen, das Kind habe die ganze Nacht bei ihr getrunken. Ein Offizier, der mit seiner Schwiegermutter von jeher nicht gut auskommt, ist überzeugt, daß sie geköpft werde oder — auf Einwand — doch, daß sie lebenslängliches Zuchthaus bekomme. Er hat sie ja beim Staatsanwalt verklagt, sie habe vor Jahren eine andere Frau vergiftet; er hat nicht die mindesten Beweise für seine Behauptung beigebracht, fühlt sich aber ganz sicher.

In diesen Fällen wird der Widerspruch mit der Wirklichkeit in Zukunft und Vergangenheit verlegt. Es macht aber den Kranken gar nichts aus, wenn sie auch mit der Gegenwart in Kollision kommen. Ein Hebephrene, der anfängt, alt zu werden, und lauter schlechte Zahnstümpfe besitzt, freut sich eines morgens kindlich, daß er neue Zähne bekommen hat, und zeigt mit Stolz den Ärzten und Wärtern seinen Mund; er muß, um seine Behauptung auch vor sich selber aufrecht zu erhalten, die Empfindung neuer Zähne in seinem Munde illusionieren. Eine latent Schizophrene, deren Menstruation zum ersten Male aussetzt (Menopause), erwacht in der Nacht daran, daß ihre Glieder sich einziehen, sie wird so klein wie ein Neugeborenes, strampelt mit Armen und Beinen und muß vom Manne wie ein kleines Kind auf den Armen herumgetragen werden (Regeneration an Stelle der Involution [Jung]). — Ein körperlich armseliges Geschöpf (in der Jugend Wasserkopf) glaubte sich wundervoll gebaut wie eine Statue; sie ist bloß abgemagert durch das Bad, das sie beim Eintritt bekommen. Ferner ist sie in den Himmel aufgenommen, verkehrt mit Heiligen; sie hat also die Misere dieser Welt doppelt überwunden (Norman 526, S. 279).

Ein hochintelligenter Mann, der trotz eines ersten katatonischen Anfalles noch eine Rolle spielt und viel öffentlich reden muß, stottert und stammelt etwas. Im zweiten katatonischen Dämmerzustand meinte er, eine ganz reine Stimme zu haben, „so klar, so rein wie nie; jeden Laut kann er haarscharf aussprechen". Diese Idee veranlaßte ihn dann, fürchterlich laut zu singen, sogar als er auf Besuch

---

[1]) Mehr als die Hälfte; denn die andere Hälfte, die der Selbsterhaltung dienenden Triebe, sind beim Kulturmenschen verkümmert.

war. — Ein sexuell Erregter glaubt sich in der Anstalt in einem Frauenkloster und koitiert mit der Matratze.

Der Wunsch, nicht in einer Irrenanstalt zu sein, veranlaßt eine Verfälschung der örtlichen Orientierung in dem Fall einer ganz attenten und arbeitsfähigen Frau, die an ihren Mann schreibt: „In kurzen Zeilen muß ich Dir mitteilen, daß ich seit heute 14 Tage in der Erholungsstation bin neben der Irrenanstalt im Burghölzli aus mir noch nicht ganz aufgeklärten Gründen.“ Sie ist wirklich *im* Burghölzli, nicht *neben* demselben, erkennt die anderen Kranken als geistesgestört; das hindert die Verfälschung der örtlichen Orientierung, die übrigens in dieser Art recht häufig vorkommt, nicht.

Einen vollen Bruch mit der Wirklichkeit zeigt auch ein Katatoniker, den es eine Zeitlang reute, seine Mutter umgebracht zu haben, und der während dieses Stadiums ernstlich glaubte, das Unglück könne auch ungeschehen gemacht werden, wie er sich selbst ausdrückte.

Nicht immer sind die Wünsche so gut begründet und andauernd; auch momentane Regungen, die im ganzen durch entgegenstehende lebhaftere Gefühle im Schach gehalten werden, können in Wahnideen umgesetzt werden. Ein junges Mädchen, das sich beim Beginne einer Katatonie ungeziemend aufführte, erhielt von der Mutter eine Strafpredigt und eine Ohrfeige; sie rannte zu den Hausleuten und schrie: „Haben Sie gehört, Papa hat die Mutter erschossen“; gleich nachher bat sie die Mutter kniefällig um Entschuldigung. Die von Jung analysierte B. S. sieht die Personen, die sie durch irgend eine Kleinigkeit ärgern, Wärterinnen, Ärzte, auch Mitkranke, die etwas tun, was ihr nicht gefällt, sofort mit dem Leichenwagen fortgeführt; meinen Vorgänger sah sie einmal plötzlich wie von einer Kugel weggerafft.

Überhaupt sind den Kranken die Leute, die in ihren Wahnideen sterben, immer irgendwie im Wege und wäre es nur durch Beziehungen zu verhaßten Personen. Eine Katatonika mochte die Herrschaft, bei der sie einige Zeit vor ihrer Erkrankung gedient hatte, nicht leiden. In ihren Wahnideen nun war das unschuldige Kind der Herrschaft umgekommen.

Nicht immer werden die Verhaßten einfach als gestorben gedacht. Ein Katatoniker hat Händel mit seinen Geschwistern; zweimal sah er den Tod zwischen sich und dem Bruder. Die Idee, den Verhaßten selbst zu töten, kommt nicht selten zum Ausdruck. Eine Patientin klagte sich an, ihren Bruder getötet zu haben. Auf die Frage, ob sie ihn gern habe, sagte sie zwar ja, aber mit einem Ton und einem Lächeln, das jedermann überzeugen mußte, das Gegenteil sei wahr. Ein sehr geiziger Sohn, dessen Mutter ihn am Emporkommen verhinderte, weil er sie unterstützen mußte, und der überzeugt war, von ihr die geistige Unzulänglichkeit geerbt zu haben, sagte zu ihr: „Ich könnte dich mir ganz gut vorstellen lang ausgestreckt auf dem Boden und mit einem Löchlein auf der Stirne.“

Die Wahnidee des Mordes kommt außerdem noch als sexuelles Symptom vor, wie wir später sehen werden. Bis jetzt haben wir einen einzigen Fall beobachtet, wo sich weder das Ausdemwegeräumen noch die sexuelle Liebe als Wurzel der Idee nachweisen ließ.

In einer komplizierten Weise erfüllt sich ein paranoider Quärulant, der übrigens ein Paradigma für manche andere Schizophrenen ist, seine Wünsche.

Er beschuldigt die Leute, die er nicht mag, verschiedener Verbrechen[1]) und entnimmt die Beweise dafür seinen Halluzinationen und Gedächtnistäuschungen. Er hat ferner Forderungen an diese Leute zu stellen. Einen Verleumdungsprozeß behauptete er gewonnen zu haben, obgleich er die Strafe abgesessen und Buße und Gerichtskosten bezahlt hat, und er bleibt bei seinem Glauben, auch wenn man ihm das Urteil wieder zeigt. Als er bei uns in Untersuchung war, sagten wir ihm mit aller denkbaren Bestimmtheit bei jeder Gelegenheit, daß wir ihn für geisteskrank und seine Forderungen für wahnhaft halten; er ließ sich aber nicht davon überzeugen, daß wir ihn nicht in unserem Gutachten für gesund erklärt und ihm auch bei seinen Forderungen und Anklagen recht gegeben hätten. — Einem jungen Manne, der an Kinderlähmung, allgemeiner Schwäche und Kopfschmerzen litt, war das Leben verleidet: er gewann die Überzeugung, daß er und seine Verwandten an einem bestimmten Tage sterben müßten. (Als er aber den Tag überlebte, suchte er den Wunsch durch einen ganz unbändigen Selbstmordtrieb zu erfüllen.)

Die Wünsche nach großem Können, nach Reichtum, Macht, Vornehmheit werden im Größenwahn erfüllt. Er gilt als ein Zeichen von Blödsinn; genau im gleichen Sinne sind es aber auch die anderen autistischen Wunscherfüllungen. Der Wahn, der ungeliebte Mann habe durch seinen Tod der Patientin eine begehrte Verbindung ermöglicht, hat z. B. die nämliche Bedeutung. In Wirklichkeit verhält sich die Sache folgendermaßen: Im Beginn des Wahnes finden wir einen Wunsch, der vom Schizophrenen ohne Begleitung der Idee seiner Unerfüllbarkeit gedacht werden kann oder der — nach dem folgenden Schritt — als erfüllt gedacht wird. Der Arbeiter kann sich nur mit Hilfe eines vollen Sacrificium intellectus als regierenden Kaiser denken; die Frau, die Tag und Nacht mit ihrem Manne lebt, kann nur bei vollständigem Abschluß von der Wirklichkeit oder gänzlichem Bankerott der Logik glauben, daß ihr Mann tot sei. Für besonnenere Patienten muß somit der beständige Widerspruch des Wunsches mit der Wirklichkeit verhindern, daß der Wahn vollständig ausgebaut werde, und noch mehr, daß er von seinem Komplex aus die ganze Person beherrsche; er wird nicht durchgeführt, bleibt im wesentlichen im Unbewußten oder wird verschoben und hinter Symbolen versteckt. Um so fühlbarer werden die Hindernisse, die sich der Wunscherfüllung oder dem Wahne des erfüllten Wunsches entgegenstellen: Daher wird häufiger zuerst die Idee der Verfolgung ausgebaut, die schon bei jedem Normalen bereit liegt, wenn seine Aspirationen scheitern (es wird selten ein Kandidat durchs Examen fallen, der nicht einen Teil wenigstens der Schuld bei den Examinatoren findet).

Es gibt nun Fälle, wo die Vorstellung des erfüllten Wunsches nicht auf so große Hindernisse stößt: der kranke Weltverbesserer, der Prophet, der Philosoph, der Dichter, oft auch der Erfinder und andere Leute mit ähnlichen Strebungen lassen sich nicht gleich ad absurdum führen, ja sie finden oft Gläubige. Diese können den Größenwahn ausbauen, ohne den logischen Zusammenhang mit der Wirklichkeit zu verlieren, und der Verfolgungswahn kann ausbleiben oder erst ganz spät einsetzen.

Bei allen anderen Formen müssen sich die Aspirationen hinter dem Ver-

[1]) Vgl. auch oben S. 5, und die ähnliche Genese bei Eifersuchtswahn weiter unten.

folgungswahn verstecken; nichtsdestoweniger sind sie das Primäre; eine Patientin kann sich nicht dagegen verwahren, daß sie ein Kind von Dr. N. habe, wenn ihr nicht irgendwie die Idee gekommen ist, sie möchte eines haben oder habe eines.

Wenn also jene Wahnformen, die einen krassen Widerspruch mit der Wirklichkeit enthalten, seien sie im Sinne des Größenwahnes oder nicht, ungeschminkt und ausgebildet hervortreten, so muß es sich jedesmal um eine sehr weitgehende Abtrennung von der Wirklichkeit oder dann um eine hochgradige Denkstörung oder um beides handeln. Ist in einem chronischen Zustand eine dieser beiden Bedingungen erfüllt, dann ist der Patient gewöhnlich unheilbar und mag zugleich als hochgradig blödsinnig gelten, wenn er auch andere Verhältnisse tadellos beurteilt.

Die Lostrennung von der Wirklichkeit, die hochgradige Störung der Logik und der durch diese Dinge ermöglichte Größenwahn und andere Wunscherfüllungen können aber ebensogut Teilerscheinungen beliebiger akuter Zustände und damit vorübergehend sein. Die Auffassung des Größenwahnes als Zeichen der Verblödung war also eine praktische Regel mit vielen Ausnahmen, die nicht die ganze Wahrheit und dafür manches Unrichtige enthielt.

Aspirationen irgend welcher Art verbinden sich leicht mit sexuellen Ansprüchen. Ein Arbeiter, der von jeher sehr sparsam gewesen und sehr darauf sah, daß man ihn in gebührender Weise ehrte, lebte seit dem 23. Jahre in anscheinend glücklicher Ehe. Mit 31 Jahren erklärte er seiner Frau unter Tränen, er wolle sie glücklich machen; er werde ein bestimmtes reiches Fräulein heiraten. Auf Einwand, daß das nicht möglich sei, meinte er, er werde sich eben scheiden lassen. Er erhielt Zeichen, daß er die Dame heiraten solle, tat Schritte dafür. Dieselbe Bedeutung der gleichzeitigen Erfüllung sexueller und ökonomischer Wünsche hat es, wenn einer geizigen Frau durch die Stimmen telephoniert wird, es kommen Herren, die ihr Geld bringen. — Eine geistig sehr gut entwickelte Frau aus dem Volke hat, obwohl sie etwas auf Intelligenz und Bildung hält, einen Mann geheiratet, der ihr geistig minderwertig erscheint. Sie hat zwar keinen andern Liebsten, nimmt nun aber so Rache am Manne, daß die Stimmen ihn foppen und verspotten, sie aber trösten, sie habe ein besseres Los verdient, sie werde 20.000 Franken erben.

Komplizierter äußert sich das Bedürfnis nach Liebe und Standeserhöhung im folgenden Falle: Eine hebephrene Bäuerin ist in „telephonischem" Verkehr mit Herren an einem Kurort; namentlich ein Baron (der in Wirklichkeit gar nicht existiert) will sie heiraten. Ihr Mann ist ihr durchgebrannt (wirklich, er war ein Lump). Patientin hatte aber schon vorher den Zwang in sich gefühlt, um Mitternacht „zu einem andern Mann" in ein Nachbardorf zu laufen und ihm ihren Ehevertrag zu bringen. Später halluzinierte sie vielfach: viele Menschen, die sie bedrohen, eine Schlange, einen ungeheuren Drachen, alles Dinge, die mit der Sexualität im Zusammenhang stehen, wie die Erfahrung an anderen Kranken ergibt. Zu gleicher Zeit wird das Bedürfnis nach Reichtum befriedigt: sie sieht sich in einem großen Garten mit wunderbar schönen Blumen, darin ein feenhaftes Schloß mit Girlanden umgeben. Wie die Krankheit fortschreitet, sieht sie bei guter Besonnenheit den österreichischen Kaiser auf ihrem Felde; ihr Enkel ist ein Kronprinz von Österreich; mit andern hohen Herrschaften ist sie ebenfalls in Berührung. Sie mußte auch zwangsmäßig in Wirtschaften gehen und Kotelette befehlen.

Der Gegensatz zur Wirklichkeit kam aber, wie oft, in den Krankheitssymptomen ebenfalls zutage. Die Stimmen sagten ihr z. B., wenn sie in Wirtschaften groß tat, sie sei ein Luder, ein Laster. Ferner meinte sie, der Mann habe sie durch ein Pulver oder durch Zauber an sich gefesselt (sie ist also nicht schuld, daß sie eine so ungeschickte Heirat gemacht hat).

Die Abneigung gegen den Ehegatten respektive der Wunsch einen andern zu haben, gibt sich bei unseren Kranken auf die verschiedenste Weise zu erkennen. Nicht selten behaupten die Frauen, sie seien gar nicht verheiratet oder wenigstens, ihr Mann sei nicht ihr Gatte. Wie andere gehaßte Leute werden die Ehemänner häufig tot erklärt, mit oder ohne Jammern. Sehr diskret zeigte sich die Abneigung gegen den ungeliebten Gatten bei einer paranoiden, längst verheirateten Frau in einem Versehen, in dem sie einen Brief mit ihrem Mädchennamen unterschrieb und dann ihren erheirateten Familiennamen dazu korrigierte. (Sie hatte außerdem eine immer zunehmende Menge Wahnideen und Halluzinationen, die zum großen Teil gegen den Mann gerichtet waren.) Dieses Versehen ist eine hübsche Übertragung von Freuds Psychologie des Alltagslebens ins Pathologische.

Eine spätkatatone Frau K. liebt ihren Mann nicht, dagegen einen Bekannten aus der Jugendzeit. Sie behauptet nun eine Zeitlang, es existieren „zwei K.s., ein weißer und ein schwarzer, ein guter und ein böser". Die einfache Symbolik wird in diesem Falle von der Patientin selbst noch empfunden und erklärt. Einige Zeit später glaubt sie sich mit ihrem früheren Geliebten verheiratet und ihren Mann ebenfalls mit einer früheren Bekanntschaft. Und um ihr Glück voll zu machen, sind alle ihre lieben Verstorbenen wieder lebendig geworden und im Verkehr mit ihr.

Eine stramme Bäuerin hat einen Mann geheiratet, der ihr weder körperlich noch geistig ebenbürtig ist. Sie liebte einen Pfarrer. Nach Ausbruch der Katatonie macht sie sich von ihrem Manne dadurch frei, daß sie ihn für untreu und mit einer andern verlobt glaubt (ein Wahn, der unter solchen Umständen sehr häufig ist; vergleiche auch den vorhergehenden Fall). Sie geht eines Tages aufs Standesamt, um sich zu erkundigen, ob der Mann noch nicht als Verlobter ausgeschrieben sei. In der Anstalt ruft sie verbigerierend, ihre Genitalien werden für den Pfarrer zurecht gemacht. Die Wirklichkeit kommt aber auch da einigermaßen zu ihrem Recht, indem die Kranke sich oft beklagt, der Mann komme in der Nacht zu ihr ins Bett (eine unter solchen Umständen nicht seltene Idee); sie wolle ihn aber nicht, sondern den Pfarrer. Eine andere Art Anpassung liegt wohl auch darin, daß sie in der Anstalt nach einiger Zeit den Arzt mit ihrem Pfarrer identifiziert. Der Arzt ist aber verheiratet, und da er eines Tages zu ihr kommt, empfängt sie ihn mit dem Ausruf: „So, ist ihre Frau gestorben?" Als das verneint wird, geht sie mit ihrem Gedankengang weiter, wie wenn es bejaht worden wäre: „Sie bekommen ja leicht wieder eine Frau, ich z. B. würde Sie schon heiraten." Da ihre Konkurrentin doch weiter lebt, nimmt sie eines Tages eine Erinnerungstäuschung zu Hilfe, der Arzt habe ihr selbst versichert, er könne mit seiner Frau nicht sexuell verkehren.

In all den zahlreichen Fällen, wo eine Frau ihren Mann fälschlich tot glaubte, wo sie glaubte, nicht verheiratet zu sein, nicht den Namen ihres Mannes zu haben und ähnliches, fanden wir ausnahmslos nicht bloß Unzufriedenheit mit irgend einer einzelnen Eigenschaft oder einer einzelnen Handlung des Mannes, sondern

eine tiefer gehende Unbefriedigtheit, die indes nicht in allen Fällen der Patientin klar bewußt sein mußte. Unter den angegebenen Anlässen zur Unzufriedenheit wird auch angeführt, daß der Mann sie sexuell nicht befriedige. Selten handelt es sich dabei um Impotenz. Die Nichtbefriedigung hat also wohl wie gewöhnlich ihren Grund in mangelnder Liebe der Frau oder teilweiser Abneigung gegen den Mann. Es ist nun zur Genese dieser Wahnideen nicht nötig, daß der Mann im gewöhnlichen Sinne gehaßt werde; die Frau kann alle Hochachtung vor ihm haben, sie kann ihn sogar in einer gewissen Weise lieben, aber er ist ihr irgendwie doch ungenügend oder unangenehm (Ambivalenz); namentlich scheint intellektuelle oder gemütliche Insuffizienz (im Verhältnis zu den Ansprüchen) schwer empfunden zu werden. Ebensowenig braucht der Geliebte allen Wünschen der Patientin zu entsprechen; er wird oft wahnhaft umgestaltet; aber irgend einen wichtigen Vorteil dem Manne gegenüber muß er haben.

Was von der Frau gesagt ist, läßt sich mutatis mutandis auch beim Manne finden, doch im Durchschnitt weniger ausgesprochen. Der Mann ist weniger auf die eine Frau angewiesen; er beschäftigt sich in der Idee oder handelnd leichter mit dem Gedanken der Scheidung. Die Sache geht ihm auch weniger tief. Er kann neben der Frau ganz gut noch die eine oder andere Wahngeliebte (oder auch eine wirkliche) haben; er kann sogar eine andere heiraten wollen, um seine Frau glücklich zu machen, die dann seinen Reichtum teilen soll.

Vielleicht häufiger als die Frau entledigt sich der Mann seiner Verpflichtung gegen die Gattin dadurch, daß er sie untreu wähnt. Dieser Ursprung des Eifersuchtswahnes[1]) verhindert natürlich nicht, daß die Frau dafür angeklagt und gehaßt und mißhandelt wird, denn es ist ja gerade der „Zweck“ des Wahnes, dem Manne das Recht zu solchem Fühlen und Handeln zu geben.

Oft gibt die Impotenz den Männern Anlaß zu Wahnideen; der eine schämt sich vor seiner Frau und muß sie deshalb herabsetzen; der andere wirft die Schuld auf sie, ein dritter gibt seine Mannheit auf und wird Weib[2]). Meist ist indes der Wahn gemischt, indem alle drei Formen beim gleichen Patienten vorkommen, eine aber im Vordergrund steht.

Ein Impotenter der ersten Art wirft seiner Frau vor, sie sei eine Hure, sie sei schwanger; dann kommt ihm die Idee, er müsse sie ermorden; dazu erhält er den Grund in der weiteren Wahnidee, sie habe ihn strangulieren, mit der Hutnadel erstechen, vergiften wollen. Gleich nach der Hochzeit hatte er die Frau gezwungen, zu einem Arzt zu gehen und diesem (fälschlich) zu sagen, sie sei seit 8 Wochen verheiratet und schwanger. Später glaubte er selbst an diese Schwangerschaft.

Ein Schlosser und Vorarbeiter empfindet es schmerzlich, daß er keine Kinder hat. Er war aber sexuell nie recht leistungsfähig, in der letzten Zeit meist ganz impotent oder Ejaculator praecox. Wegen Hebephrenie war er seit Jahren nicht mehr fähig, auf seinem Berufe zu arbeiten; dafür machte er im Hause alle weiblichen Arbeiten, während seine Frau ein Geschäft führte.

Die Metamorphosis sexualis paranoica mag auch noch andere Gründe als

---

[1]) Er hat auch noch andere Wurzeln.

[2]) Schrebers Wunsch nach Kindern ist nicht in Erfüllung gegangen. Er ist auf dem Wege, Weib zu werden, wird von Gott geschwängert und soll die Menschheit erneuern.

die Impotenz haben, vor allem eine komplizierende Homosexualität. In einem Falle, den ich nicht analysieren konnte, habe ich Grund zu der Vermutung, daß die Patientin sich deshalb für einen Mann hielt, weil sie nur als Mann ihre Gelehrtenaspirationen zu erfüllen hoffen konnte. Gelegentlich ist dieser Wahn das zufällige Nebenprodukt einer weit entwickelten und verschobenen Wahnidee: eine Patientin liebte vor 50 Jahren einen Pfarrer; schließlich war die Patientin (wie manche andere im gleichen Falle) Christus, und das bewies sie damit, daß sie eine Schenkelhernie als Hodensack demonstrierte.

Eine ebenso große Rolle wie der erotische Komplex im engeren Sinne spielt namentlich bei Frauen der Trieb nach Kindern. Ein sehr gebildetes Mädchen schrieb im Anfang ihrer Katatonie an ihre Schwester, sie habe nie einen Mann geliebt, nun aber werde sie ein Kind bekommen und freue sich so innig darauf. (Sie war übrigens in der Krankheit sehr erotisch.)

Die eingebildeten Kinder werden in der Regel mit dem Vater beschenkt, den die Patientin wirklich liebt. Eine verheiratete Frau, die von ihrem ungeliebten Manne zwei Kinder hat, meint, sie habe mindestens dreie von ihrem „Bräutigam" im Leibe und verlangt, daß man dieselben herausschneide. Mit wirklichen Kindern, die nicht ganz zu den Umständen passen, wissen die Kranken sich oft in origineller Weise abzufinden. So erklärte eine Patientin, die vor der Heirat ein uneheliches Kind hatte, ihre Kinder seien „überehelich"; sie habe deshalb heiraten müssen, obgleich sie Königin der Welt sei.

Die Unklarheit der Begriffe erlaubt die so häufige Identifikation des Geliebten mit dem Kinde. Beide haben den gleichen Namen, werden mit den gleichen Koselauten angeredet und überhaupt in keiner Weise unterschieden. Eine andere Art der Vereinigung verschiedener Wünsche ist es, wenn die Patientin die Tochter, Braut und Frau des Geliebten zugleich ist.

Ebensogut wie Wirklichkeit dem Angenehmen gegeben wird, kann sie dem Unangenehmen genommen werden. Die Kranken lassen sich oft von den einfachsten Dingen nicht überzeugen, wenn sie ihnen nicht passen. Wir haben oben schon bei dem Querulanten ein Beispiel gesehen. Manchmal macht diese Ablehnung verschiedene Stadien durch. Als eine unserer Hebephrenen vernahm, der Mann wolle sich von ihr scheiden, nahm sie das ernst und schimpfte gewaltig über ihn; als sie aber wirklich geschieden war, war es auf keine Weise möglich, sie davon zu überzeugen, und man durfte sie nicht mit ihrem ihr jetzt wieder zukommenden Mädchennamen anreden. Einer Katatonischen teilte man den Tod ihres Vaters mit; sie erklärte die Nachricht als unwahr, und zur Bekräftigung hörte sie den Vater gleich draußen reden. Als sie doch anfing, überzeugt zu werden, machte sie es wie viele bei einem Geständnis, sie verlegte das Unangenehme in die Vergangenheit und behauptete, der Vater sei ja schon vor einem Jahre gestorben. Einige Minuten später übermannte sie die Wirklichkeit ganz, sie weinte ein paar Tränen und war dann wieder wie früher.

Sobald unsere Wünsche als erfüllbar oder erfüllt gedacht werden, sind ihnen wichtige Faktoren beigemischt, die negativen Gefühlston haben. Sie kommen nicht nur mit der Wirklichkeit in Konflikt, die ja den Wunsch nicht erfüllt hat, sondern die Erfüllung des Wunsches selbst bringt Unannehmlichkeiten mit sich.

In einigen der obigen Beispiele haben wir schon gesehen, wie der erstere Umstand den Wahn beeinflußt. Das gewöhnliche aber ist, daß die Hindernisse

Verfolgungswahn erzeugen[1]). Wir haben in der Mythologie genau den gleichen Vorgang: die günstigen Naturkräfte und Zufälle werden in den guten Geistern und Göttern personifiziert, die unerwünschten in den bösen Wesen. Oder, wo man sich mehr an die Natur anlehnt, sind einzelne Götter Träger guter und böser Eigenschaften zugleich, wie der Sonnengott in seinen verschiedensten Gestaltungen nicht nur Fruchtbarkeit spendete, sondern auch tötende Pfeile versandte; manchmal allerdings bekommen die Personifikationen andere Namen, je nach der momentanen Auffassung, so daß sie nahezu oder ganz in zwei und mehrere Wesen zerlegt werden. Diese Begriffsteilungen bleiben in der Mythologie ebenso unscharf wie die analogen der Schizophrenie[2]).

Die Beweise für die gleiche Genese des schizophrenen Verfolgungswahnes liegen zum Teil darin, daß er fehlt, wenn die Hindernisse der Wunscherfüllung nicht gefühlt werden, daß man an seiner Wurzel die Hindernisse immer findet, und namentlich auch darin, daß man bei tausend Einzelheiten nach dem Hindernis die „Erklärung" durch die Verfolgung Platz greifen sieht. So wenn der Kranke keine Antwort auf seinen Brief bekommt und nun den Arzt der Unterschlagung bezichtigt, so wenn der Geliebte sich unter unseren Augen in den Verfolger verwandelt[3]).

Besonders deutlich zeigt sich der Ursprung gegensätzlicher Wahnideen bei dem Haftkomplex, der ja meist ein Symptom der Schizophrenie ist, aber auch außerhalb derselben in ganz gleicher Weise vorkommt.

In Poesie und Wirklichkeit, im Schlaf und im Wachen träumt der Gefangene von Befreiung (vgl. das hübsche Bild von Schwind). Diese Befreiung ist aber gewöhnlich nicht möglich, wenn die Wirklichkeit, so wie sie ist, aufgefaßt wird. Der Gefangene wird also für unschuldig erklärt, oder seine Strafzeit ist schon längst abgelaufen oder ähnliches. Unter diesen Umständen sind es eigentlich nicht Mauern und Gitter, die ihn am Weggehen verhindern, sondern Leute, die ihm übel wollen, natürlich die, die ihn hier eingesperrt halten, die Gefangenwärter und der Direktor, eventuell der Staatsanwalt, der sich ja schon beim Prozeß als Feind des Gefangenen gezeigt hat. Das sind nun die Verfolger, die dann im weiteren halluzinatorischen Ausbau des Wahnes ihre Rolle spielen. — Bei zwei Patienten — beide Italiener — waren die Befreiungsideen dadurch ersetzt, daß die Kranken meinten, sie werden von der Umgebung als Gottgesandte angesehen, während sie sich nur für fromm hielten. (Manche schizophrene Italiener lassen sich ganz gern in der Anstalt ernähren.)

Entsprechend den Assoziationseigentümlichkeiten der Schizophrenen werden die Widersacher nicht nach logischen Gesetzen gesucht, sondern die Affekte und die zufällige Konstellation bestimmen im wesentlichen die Personen, die in den Wahn verflochten werden. So werden sehr häufig diejenigen, die eine solche Auffassung am wenigsten rechtfertigen, als Feinde gedacht:

[1]) Die Intensität (nicht der Inhalt) des Verfolgungswahnes kann dadurch erhöht werden, daß Kranke (wie Gesunde) in dem Gefühl, schlecht behandelt zu sein, manchmal geradezu schwelgen (Algolagnie?).

[2]) Vgl. Abraham.

[3]) Es läßt sich vermuten, aber bis jetzt nicht beweisen, daß auch die durch Verdrängung sexueller Wünsche entstehende Angst bei der Bildung von Verfolgungswahn aus unerfüllbaren Wünschen mitwirke. Denn wir sehen auch bei Normalen vorübergehendes Mißtrauen bis zu vagen Verfolgungsideen auf dem Boden dieses Affektes entstehen.

die welche in Wirklichkeit die Schützer und Wohltäter des Kranken sind. Eine unserer Schizophrenen, die früher vermöglich gewesen war, seit längerer Zeit aber von Freundinnen unterhalten wurde, die ihr nun auch in der Anstalt die Taxe für eine bessere Klasse bezahlen, hält sich auch von diesen Freundinnen verfolgt. So wie sie es wünscht, hilft ihr niemand. Die einzigen Personen, die sie in Verbindung mit dem negativ gewordenen Hilfegedanken bringen kann, sind die Freundinnen, d. h. sie sind diejenigen, die die kausale Lücke ausfüllen, die Verfolger, die an der Nichthilfe und folglich auch an ihrem Unglück überhaupt schuld sind.

Auch wenn die Wünsche des Kranken durch die Wahnideen erfüllt sind, hat er nur selten Nutzen davon. Was hilft ihm der Reichtum, der Ruhm, den er sich erträumt hat, wenn er in der Anstalt eingesperrt ist; ja den meisten nutzen sogar die Freuden der halluzinierten Liebe nichts, so wenig wie sie satt werden von halluzinierten Speisen. Scham, Angst und andere unangenehme Affekte, die bei der Betätigung der Sexualität so leicht erregt werden, können kaum fehlen. Es kommt also auch da eine negative Note hinein; sexuelle Betätigung mit negativem Affekt ist aber meist gleich Vergewaltigung; kein Wunder, wenn diese eine so große Rolle bei unseren Kranken spielt. Ferner tut der Geliebte nichts, um der Kranken zu helfen; er ist doch mehr oder weniger an allem Unglück der Patientin schuld, wenigstens ist er assoziativ mit allem Unangenehmen verbunden: gerade wenn an ihn gedacht wird, treten die meisten Sperrungen und andere pathologische Zustände auf. Die einfache Erfahrung zeigt also, daß der Geliebte auch ein Feind ist. Die Kranken werden vom Geliebten verhext, elektrisiert, vergiftet, unter Umständen wird er sogar als Urheber der Einsperrung angesehen. Gewöhnlich existieren die positive und die negative Vorstellung nebeneinander: Eine Frau läßt ihren Wahngeliebten von den Stimmen den Obersten der Teufel nennen, während er ihr optisch gelegentlich als Adler erscheint, „den sie eigentlich ebensogut als Engel bezeichnen könnte" (er hat in Wirklichkeit eine ausgesprochene Adlernase).

Die halluzinatorischen Qualen, die der sexuelle Komplex überhaupt verursacht, veranlassen die Kranken, sich darüber zu beklagen, auch wenn sie ganz bewußt beständig gerade das Nämliche wünschen. Einer unserer Katatoniker verlangt sehr kategorisch fast bei jeder Visite, daß man ihm bestimmte Mädchen oder Mädchen im allgemeinen ins Bett gebe, was ihn gar nicht hindert, sich zugleich zu beklagen, er wolle sich nicht als Zuchtstier benutzen lassen. — Ein anderer ist sehr erotisch, verlangt aber wegen Träumen unsittlichen Inhalts die Versetzung in ein anderes Schlafzimmer[1]).

Manchmal stammt das Unangenehme aus der logischen Weiterentwicklung der Wunschideen. Eine Patientin fängt plötzlich an zu schimpfen, man habe ihr nicht vorzuwerfen, daß sie eine Kindsmörderin sei, sie habe kein Kind umgebracht, sie habe auch kein Kind gehabt, sie sei ja nicht verlobt mit dem Abteilungsarzt. Hier wird der Wunsch, da er uns gegenüber zum ersten Male geäußert wird, in negativer Form ausgedrückt. Wir sehen aber in dieser Negation

[1]) Nach Analogie des Traumes ist es nicht unwahrscheinlich, daß nur Komplexe, die von vornherein ambivalent sind, Anlaß zu eigentlichen Wahnideen geben. Die Ambivalenz des Wahnes wäre dann nicht nur in diesen Momenten begründet, sondern außerdem auch in einer besonderen Disposition der wahnbildenden Komplexe.

nicht nur die Wirklichkeit, die dem Wunsch entgegentritt, sondern noch eine Befürchtung, die dem Gemisch von Wunsch und Wirklichkeit entstammt; wenn die Patientin ein Kind vom Arzt bekäme, so wäre das eine Schande, sie müßte es umbringen, denn „sie ist ja nicht mit ihm verlobt“. So weit sie sich also den Wunsch als erfüllt denkt, ist sie zugleich eine Kindsmörderin, und das werfen ihr die Stimmen vor. Die Idee der Kindsmörderin frißt dann weiter. In ihrem Dorf hat vor vielen Jahren mal ein Mädchen ihr uneheliches Kind umgebracht; sie wäre wie dieses. Die Stimmen machen aber daraus, sie sei wirklich diese Person und sie sucht in Erregung zu beweisen, daß sie sie nicht ist. Hier sind die Verfolger die Repräsentanten des inneren Konflikts.

Ganz ähnlich bei einem Paranoiden. Seine Frau genügt ihm nicht (mehr). Die Stimmen sagen ihm, er könnte eine Jüngere heiraten; namentlich eine Nichte, die aber erst 16jährig ist, hat Eindruck auf ihn gemacht. Er kann legaliter nicht mit ihr verkehren; der Wunsch, es auf illegale Weise zu tun, ist aber da. Die Stimmen machen einen Kompromiß zwischen Wunsch und Wirklichkeit und sagen ihm, er hätte sie genotzüchtigt. Das ärgert ihn natürlich. Die Idee greift um sich, da er in der Fabrik an einen andern Platz kommt, und er von den neuen Nebenarbeitern halluziniert, sie wollen neben dem Schweinehund nicht mehr arbeiten. Nun wird er aufgeregt und natürlich auch unangenehm der Frau gegenüber, die der Erfüllung seiner Wünsche im Wege steht.

Die affektive Ambivalenz kommt nicht nur in Neigung und Abneigung, sondern auch in Hoffnung und Befürchtung zur Geltung. Als der letzterwähnte Fabrikarbeiter in der Anstalt war, sagten ihm die Stimmen bald, er komme in 6 Wochen fort, bald, er müsse für ewig eingesperrt bleiben. Im Gegensatz zu den späteren schnöden Bemerkungen der Mitarbeiter hatten ihm die Stimmen kurz vorher verheißen, man wolle ihn in der Fabrik zum Vorarbeiter machen. Der gleiche Patient hörte als Einleitung zu seiner Psychose viel einfachere Hypostasierungen seiner Wünsche und Befürchtungen: so flüsterte man ihm zu, eine bestimmte Tochter wolle ihn heiraten; er bekomme vor Abend viel Geld; beim Schießen hat ihm der ganze Schießverein zugeflüstert, er solle doch bei Gott acht geben, daß er keinen Zeiger erschieße.

Ein wirklich Geliebter hat auch wieder seine schlimmen Seiten; er kann z. B. moralisch geringer sein als der nicht geliebte Gatte. Eine Patientin bekam die Wahnidee, der Lump, an den sie ihr Herz gehängt hatte, sei verrückt. Damit ist er wohl mehr entschuldigt als bestraft; denn es würde ihrem ganzen Fühlen widersprechen, anzunehmen, daß sie aus Rachegefühl den Wunsch hätte, er möchte geisteskrank werden.

Konflikte ergeben sich namentlich aus den gewöhnlichen Kämpfen unserer verschiedenen Triebe, nennen wir sie mal die guten und bösen. Entsprechend denselben bekommen die Kranken Stimmen und Antriebe zu handeln; den bösen Trieben widersprechen die Regungen des Gewissens bei denjenigen Kranken, die mit einem solchen veranlagt sind. Die guten Triebe werden durch die Opfer, die sie uns zumuten, mit einer negativen Gefühlsbetonung versehen. So werden die Kranken häufig getrieben, die gleichen Dinge sowohl zu tun als zu unterlassen. Die Stimmen namentlich bringen die Kranken oft in Verzweiflung, wenn sie ihnen etwas befehlen und dann nach vollbrachter Tat ihnen die gröbsten Vorwürfe machen.

In manchen Fällen ist der Verfolger nichts als das personifizierte Gewissen. Ein Paranoider, der sich schlecht aufgeführt hatte, bekam nach der Testamentseröffnung des Vaters Stimmen des Oheims, eines guten Freundes des Vaters, der ihm Vorwürfe machte über sein Lumpenleben, ihm sagte, er könne nichts, er lasse sich füttern im Burghölzli. Nachher schlossen sich auch andere Stimmen an, die ihn in anderer Weise verfolgten.

Vielleicht kann unter Umständen der ganze Verfolgungswahn aus schlechtem Gewissen entstehen[1]). Ich habe ihn zwar bei der Schizophrenie noch nie ohne Mischung mit enttäuschten Aspirationen getroffen, obgleich es nicht selten ist, daß ein Kranker meint, man sehe ihm die Onanie an, und schließlich die Idee entwickelt, man sehe ihn wegen der Onanie an.

Häufig zeigt sich die Ambivalenz der Gefühle in gegensätzlichen Stimmen; es sind solche, die den Kranken trösten, die Partei für ihn nehmen, und solche, die ihn quälen und anklagen. Sie können sich in die Ohren teilen: indem der Gute das rechte, der Böse das linke Ohr besitzt.

Nach Freud wären die Befürchtungsträume auch Wünsche; nur wären sie eben negativ gedacht wegen der Hindernisse, die sich entgegenstellen können. Ich bin nicht überzeugt, daß diese Auffassung richtig ist, und sehe vorläufig nicht ein, warum nicht ein negativer Affekt ebensogut direkt die ihm entsprechenden Gedanken hervorrufen soll wie ein positiver. Wenn ein Patient in seinen Träumen fürchtet, seine Geschwister werden sterben, er ist aber eifersüchtig auf dieselben, so kann man das wohl als Wunsch deuten, dem eine negative Komponente beigemischt ist. Wenn aber eine Hebephrene, die im Kindergartenkurs das Examen nicht mehr hat machen können, in der Anstalt die Wahnidee bekommt, man werde ihre Hefte und Bücher zum Spott an die anderen verteilen, so liegt doch die Auffassung näher, daß sie sich eben schämt, und daß dieses unangenehme Gefühl in der Wahnidee zum Ausdruck kommt.

Einen ganz besonders häufigen Anlaß zu inneren Konflikten gibt der Kinderkomplex. So selten es ist, daß schizophrene Mütter ihre Kinder wirklich umbringen, so häufig ist es, daß sie sie in den Wahnideen tot glauben; oft werden die Kinder auch in dieser Beziehung vollständig mit dem Mann identifiziert. So glaubte die oben erwähnte Frau nicht nur ihren Mann verrückt, sondern auch ihren gemeinsamen Sohn. Eine unverheiratete gravide Untersuchungsgefangene liebt den Vater ihres Kindes und hatte immer Freude, wenn man von ihrem Zukünftigen sprach. Als aber der Geliebte zögerte, sie zu besuchen und überhaupt Zeichen von Untreue gab, fing sie an zu jammern: das Kind verschwinde in ihrem Leibe; dann hielt sie es für tot. Einige Tage später, da es eben nicht abgestorben war, jammerte sie, sie könne das Kind nicht erhalten; oder es könnte so elend werden wie sie; es wäre wohl doch besser, wenn es stürbe. Recht charakteristisch ist hier die deutliche Gleichwertigkeit der Wahnidee des Todes mit dem Wunsch, es möchte sterben. Der letztere wird dann auch noch logisch begründet. — Schizophrene Frauen, die den Mann nicht lieben, sind besonders während der (wirklichen oder gefürchteten) Gravidität feindlich gegen ihn.

Die Identifizierung des Mannes mit dem Kinde zeigt sich auch in dem

[1]) Vgl. Fall 3 in Bleuler (71).

Falle einer Frau, die während des Delirs dem Manne zwei Frauen andichtete und sah, wie er sich ertränken wollte, so daß sie sich alle Mühe geben mußte, ihn über Wasser zu halten; auch der Sohn wollte sich ins Wasser stürzen, um den Fehler des Vaters zu verdecken (alles im schizophrenen Delir). In 4 Fällen, die mir gegenwärtig sind, wollte die kranke Mutter die Kinder des gehaßten Vaters wirklich töten[1]); in einem Falle wurde dann der Mann wenigstens in der Wahnidee auch umgebracht. Eine der Frauen, die den Knaben schon mit Petrol begossen hatte und dabei betroffen wurde, wie sie das Messer wetzte, begründete den Mordversuch: „es sei nicht ihr Knabe, sie wolle das Liebste Gott opfern". Die beiden Gründe nebeneinander sind auch sonst charakteristisch für Schizophrenie: im einen Zusammenhang ist es nicht ihr Kind (sondern das des Mannes), im andern, der gleich daneben gesetzt wird, ist es doch das ihrige, denn es ist ihr Liebstes. Eine andere Frau begründete die Absicht damit, der Mann brauche keine Freude mehr an den Kindern zu haben. — Ein Mann wollte eine andere Frau heiraten, um die jetzige und ihre Geschwister glücklich zu machen, meinte aber auch, man wolle ihn töten, sein Kind müsse geopfert werden, damit durch dessen unschuldiges Blut sein Leben gerettet werde.

Äußerlich anders, aber in ganz gleichwertiger Weise drückt den Haß gegen den Mann eine Patientin aus, deren Kinder in Wirklichkeit gestorben sind, die aber die Gedächtnistäuschung hatte, sie selbst habe sie getötet. — Wieder eine andere Form, die nicht zu selten ist, zeigt eine andere Katatonika mit dem Wahn, der Mann habe sich erschossen; sie gab ganz gut über alles Auskunft, nur die Frage nach der Zahl ihrer Kinder konnte sie wegen unüberwindlicher Sperrungen nicht beantworten.

Die Identifizierung von Kind und Mann kann auch einmal umgekehrt Eigenschaften des Kindes dem Manne beilegen: Eine Frau, die nicht ganz zufrieden war mit ihrem Manne, verlegte all ihren Stolz in den Sohn: „er ist Doktor und Professor und Gelehrter; er ist zwar erst 20jährig, nach dem Verstande aber älter". (Und der Mann?) „Der ist nichts, ich weiß nicht, was er treibt (Seufzer); er ist auch ein Gelehrter; er ist alles in allem"[2]).

Bei den schizophrenen Frauen, die glauben, gravid zu sein, kann man fast immer den Wunsch nach Kindern nachweisen. In den selteneren Fällen sind sie verheiratet, aber kinderlos; meist haben sie einen Geliebten, mit dem sie nicht zusammenkommen können (seien sie verheiratet oder nicht), der dann der Vater des Kindes ist. In einzelnen Fällen, besonders im Anfang der Krankheit, weiß das gewöhnliche Bewußtsein der Patientinnen nichts von der (eingebildeten) Gravidität. Sie können Geburtsschmerzen durchmachen, die sich wiederholen, oder die wenigstens sehr lange andauern. Man macht dann etwa die Diagnose einer Unterleibsaffektion. In einem solchen Falle klärte die Patientin nach einiger Zeit die fieberlose Peritonitis selbst auf, indem sie behauptete, sie sei gravid geworden, weil sie (während der Krankheit!) im Bett des Vaters habe liegen müssen. — Eine andere Patientin erkrankte in dieser Weise an „Hypochondrie". Sie hatte einen Offizier geliebt, aber auf Verlangen des Vaters

---

[1]) Möbius erzählt von einer Störchin, die, vom Gatten verlassen, die bebrüteten Eier aus dem Nest warf und das Nest voll Rasen trug.

[2]) Eine gesunde Frau meiner Bekanntschaft nuanciert den Grad ihrer Zärtlichkeit gegenüber dem Manne deutlich nach der guten oder schlechten Aufführung der Kinder.

einen andern Mann geheiratet. Obgleich die Frau offenbar schon recht früh an Schizophrenie litt, ging es in der Ehe viele Jahre lang äußerlich gut, bis sie einmal dahinter kommt, daß ihr Mann mit einer andern zu tun hatte. Nun taucht der Gedanke auf, sie könnte sich scheiden lassen und den andern heiraten; die Idee wurde nicht ausgedacht (d. h. verdrängt); dennoch wurde Patientin (in der Einbildung) gravid, bekam Geburtsschmerzen, die sie aber zu der Zeit, da wir sie zu sehen bekamen, in vager Weise in den oberen Teil des Unterleibes verlegt hatte, bis ihr eine Freundin suggerierte, sie habe Gallensteine, an die sie nun glaubt, trotz unserer Ablehnung. Sie ist dieser Schmerzen wegen, die ganz den Typus der nervösen tragen, arbeitsunfähig und hat eine Menge von Ärzten konsultiert.

In einem Falle ist vielleicht der Wahn, schwanger zu sein, ein Produkt bloßer Befürchtung. Ein Mädchen hatte sich von einem in ihr Zimmer dringenden unbekannten Mann überraschen lassen, und glaubte sich nun trotz aller ärztlichen Untersuchungen und trotz der nicht fehlenden Menstruation gravid. — In einem zweiten Falle hatte eine Witwe sich einmal verführen lassen, bekam Graviditätsfurcht, die sich unter unseren Augen in arge Schmerzhalluzinationen in den Genitalien mit „hypochondrischen Ideen“ verwandelte. Etwas mehr als ein Jahr später trat nach einigen Heilungsprodromen die Periode zum ersten Male seit jenem Koitus ein, und einige Tage nachher war die Patientin arbeitsfähig.

Davon, daß die körperlichen Symptome das primäre seien, daß der Schwangerschaftswahn z. B. durch „Allegorie der spezifischen Empfindung aus einem metritisch erkrankten Uterus“ entstanden wäre (Schuele, Handbuch, 70) habe ich noch nichts gesehen. Doch wäre es ja möglich, daß solche Empfindungen den Anlaß zur Wahnidee geben würden; so wenn bei Vergiftungswahn eine zufällige Diarrhöe als Vergiftung aufgefaßt wird, oder, wenn eine Patientin, die schon vorher Königin von Württemberg gewesen, einen Abszeß in den Bauchdecken, den sie sich durch beständiges Trommeln auf dieselben erworben hatte, für einen entstehenden Prinzen hielt. Solche Fehlschlüsse aus falschen Prämissen sind aber etwas ganz anderes als die Genese eines Wahnes aus körperlichen Störungen. Die Kranken reagieren denn auch meist viel weniger intensiv auf die bloßen Anwendungen ihres Wahnes als auf ursprüngliche Wahnideen: der Kranke, der gegen den Arzt im höchsten Grade gereizt ist, wenn er sich über halluzinierte Vergiftungssymptome beklagt, kann seine pseudotoxische Diarrhöe bloß mit einem fatalistischen Achselzucken den anderen Vergiftungen beizählen.

Bei mehreren Fällen hing das Aussetzen der Menstruation deutlich mit dem Wunsch nach Kindern zusammen; wahrscheinlich ist das viel häufiger, als man nachweisen kann. Umgekehrt sind ein Teil der so gewöhnlichen menstruellen Aufregungen darauf zurückzuführen, daß die Dokumentierung des Fehlens der Gravidität die Patientinnen ärgert.

Mit den früheren Andeutungen über Liebe und Ehe ist natürlich die Rolle der Sexualität in der Symptomatologie der Schizophrenie noch lange nicht erschöpft[1]). Es gibt wohl keinen Schizophrenen — wie auch keinen Gesunden —, bei dem der sexualle Komplex nicht eine große Rolle spielt. Meist ist dieser

[1]) Lomer (424) gibt Prozentzahlen für das Vorkommen sexueller Ideen und Halluzinationen. Ich glaube, daß er sie bedeutend unterschätzt.

ganz im Vordergrund; bei vielen Kranken konnten wir ausschließlich sexuelle Komplexe finden. So sehr wir uns dagegen sträubten, wurden wir doch um so „sexueller" in unserer Auffassung, je mehr Erfahrung wir hatten. Ich muß namentlich gegenüber Einwänden, die oft gemacht werden, betonen, daß wir uns mehr als genug gehütet haben, die Kranken durch unsere Fragen auf das sexuelle Gebiet zu führen. Immerhin kommen, namentlich bei Männern, seltener bei Frauen, auch andere Komplexe zur Geltung, ohne daß die Sexualität anders dabei beteiligt wäre, als wie bei jedem beliebigen Gedanken, der natürlich auch seine Assoziationen an diesen größten Ideen- und Gefühlskomplex hat; bei einzelnen Männern wurde der sexuelle Komplex durch die anderen geradezu in den Hintergrund gedrängt.

Man hört gegen die sexuelle Auffassung hysteriformer Phänomene so oft den Einwand, es können nicht alle Leute in diesen Dingen so bewandert sein und solche Gefühlsbetonung dabei haben, wie die Theorien voraussetzen. Das steht in direktem Widerspruch mit der Wirklichkeit. Bei den Nervenkrankheiten könnte man ja die Ausrede haben, daß eben nur solche Mädchen hysterisch werden können, deren Geschlechtsleben so entwickelt ist, daß sie genug entsprechendes Wissen und genug entsprechende Gefühle haben. Die Schizophrenie, die eine organische Grundlage haben muß, kann nicht so auswählen. Man muß sich einfach mit der Tatsache abfinden, daß es keinen Schizophrenen gibt, sei er Mann oder Weib, sei er alt oder jung, aus guten oder schlechten Kreisen, der nicht mehr als genug von der Sexualität wüßte und fühlte, um sexuelle Symptome hervorzubringen. Wie oft hört man von den Eltern die verwunderte Frage: Woher kann meine Tochter nur das alles gehört haben? Diese Eltern, wie die Psychiater, die die gleiche Frage stellen, beobachten sich selbst eben zu schlecht. Wer hat nichts von sexuellen Dingen gehört? Ich meine von den eigentlichen, die Zeugung betreffenden Dingen. Niemand; jeder hat während seines ganzen Lebens sehr viel davon gehört. Und jemanden davor zu hüten, ist einfach unmöglich, wenn man ihn nicht als Kaspar Hauser erzieht. Ich will von der Literatur und den Zeitungen nicht einmal reden, auch nicht von den Dienern und Mägden, auch nicht von dem, was jedermann auf der Straße hört, auch nicht von den Spatzen, Tauben und Hunden der Stadt und den Haustieren auf dem Lande. Aber die Geschichte und vor allem die Religion, so wie sie mit Fleiß und Eifer den Kindern eingepfropft wird, strotzt ja von Dingen, die nur aufgefaßt werden können bei einigem Verständnis für die allerintimste Sexualität. Und protestantische Kinder kriegen noch die Bibel in die Hände, die ganz so ungeschminkt davon spricht wie Freud; katholische treiben ihren Kultus mit der Marienlegende, sie feiern Feste für sexuelle Vorgänge — und die Kinder sollen nichts davon wissen? Die ärgsten Idioten müßten sie sein; auf sexuellem Gebiet gibt es aber sehr wenig Idioten, denn man hat dafür ein phylogenetisch sehr altes natürliches Verständnis wie der Säugling für das Saugen und das einjährige Kind für das Essen. Und wenn alle die gut gezogenen Kinder nicht ein genügendes Wissen hätten, so müßte ihnen doch klar sein, daß sie alle diese Dinge nicht verstehen, sie müßten fragen; sie wissen aber, was sie nicht fragen dürfen, oder was sie nur Kameraden oder Dienstboten fragen dürfen, und beweisen damit, wieviel sie wissen, genau wie der Vorbeiredende, der auf die Frage, wieviel 3 und 2 sei, mit allen Zahlen bis 10 antwortet, nur nicht mit der richtigen. Sie wissen auch sehr früh — lange vor der Schulzeit — im großen und ganzen, was sie, aus sexuellen Gründen, nicht tun dürfen. Ein recht drastisches Beispiel haben wir vor kurzem erlebt. Ein 19jähriges Mädchen aus einer hochgebildeten und extrem christlichen Familie wurde katatonisch; was überhaupt zu tun menschenmöglich ist, um sie „rein" zu bewahren, ist in diesem Falle getan worden; und es war sehr leicht

es zu tun, viel leichter als in den meisten anderen Fällen, da das Mädchen etwas debil war, gar keinen Trieb hatte, sich zu bilden und zu lesen, und zugleich sehr folgsam war. Man kann ziemlich sicher sein, daß sie nichts gelesen hat, was nicht die elterliche Zensur passierte. Die Erziehung war überhaupt von der Schulzeit an, die ihren frühen Abschluß fand, fast nur in den Händen der Mutter. Das Mädchen lebte auch möglichst zurückgezogen, liebte die Gesellschaft nicht, beschäftigte sich nur mit der Haushaltung, der Religion und etwas Musik. In der Katatonie nun erfreute sie sich nicht weniger mit ihrem Heiland, der sie eine Zeitlang im Bett besuchte, wie irgend eine alleswissende Frau, und es störte sie auch gar nicht, daß der Heiland meist die Gestalt eines Predigers annahm, der ihr imponiert hatte. — Ein anderes, nach Möglichkeit gehütetes Mädchen wollte Eier nicht kauen, damit sie ganz aufs „Stöcklein" (-Eierstock) kommen. Sie gebar während des Essens Kinder aus dem Munde.

Ich bin nun weit entfernt zu behaupten, daß alle die weiblichen Wesen, die behaupten, vor der Ehe nichts von diesen Dingen gewußt zu haben, heucheln. Im Gegenteil: ich weiß, wie diese Dinge abgesperrt werden können, und ich traue keinem Mädchen zu, daß diese Sperrung nicht eine ganz absolute werden müsse, wenn jemand sie danach frägt, der in dem sexuellen Wissen eine Herabwürdigung ihrer Person sieht oder nur irgendwie sehen könnte[1]).

Noch deutlicher als bei den Neurosen kommen bei der Schizophrenie die Abnormitäten neben dem normalen Triebe zur Geltung; namentlich die „homosexuelle Komponente" spielt eine ungeahnt große Rolle. Wir werden aber hier nicht weiter auf diese Einzelheiten eingehen.

Die Sexualität äußert sich in der Schizophrenie zunächst in dem sexuellen Charakter der meisten Delirien, der sich namentlich im Anfang der Krankheit leicht nachweisen läßt. Da ist ein Mädchen erkrankt, nachdem sie eben in einem Schutzmann ihr Ideal gefunden. In der Anstalt deliriert sie Szenen mit dem Geliebten. Sie telephoniert ihm, die Herrschaft sei ausgegangen, er könne kommen; sie verlangt von uns, wir sollen ihr das Fenster aufmachen, damit sie mit ihm reden könne; da wir nichts tun, findet sie sich aber sofort zurecht, sie spricht mit ihm durch die Heizung, die für sie das Fenster repräsentiert. Sie liefert uns kein fein ausgedachtes Schaustück; die Ausführung der Idee scheint uns karikiert; der zeitliche Zusammenhang wird nicht genau festgehalten, sie geht in den Vorstellungen auch wieder zurück, wiederholt Aufforderungen, denen der Geliebte bereits nachgekommen ist u. dgl.; auch mit den örtlichen Vorstellungen geht sie sehr frei um; es geniert sie nicht, auf dem Boden zu liegen und dabei zu meinen, sie telephoniere oder spreche durch das Fenster; ihre Sätze sind auch nicht immer fertig oder grammatisch richtig; aber der Faden läßt sich ohne die geringste Schwierigkeit verfolgen, sobald man ihn einmal erkannt hat. Und man mußte ihn erkennen ohne alles Fragen, nur durch geduldiges Beobachten der scheinbar unsinnigen Handlungen. — Eine gebildete Dame geht, als der zweite Anfall sich ankündet, in das Arbeitszimmer eines Musikdirektors und behauptet, sie werde nun da arbeiten. Man hat Mühe, sie wieder fortzulotsen. Dann bricht das Delir aus, das einen während einiger Monate durchgeführten Liebestraum darstellt. Sie liebt einen Musikdirektor, wenn auch nicht den, in dessen Wohnung sie eingedrungen ist, es war das bloß eine Symptomhandlung.

---

[1]) Man kann diese Art Nichtwissen einen partiellen Emotionsstupor nennen und die Erscheinung vergleichen dem allgemeinen Stupor, den z. B. Rekruten haben, wenn sie, bei gewisser Art zu fragen, die einfachsten Dinge nicht mehr zu wissen scheinen.

Sie ist nun im Delir mit ihm verlobt, dann verheiratet, sie ist gravid mit Zwillingen: einem Kinde, das ihr gleicht, und einem, das den Vater repräsentiert; sie gebiert schließlich und kommt dann in Remission. Während des Delirs hat sie allerhand unverständliche Sachen gemacht, sie hat eben ihre Umgebung als Hindernisse angesehen und dementsprechend feindselig auf sie reagiert, wenn auch nicht konsequent, da sie ja neben dem Traum doch die volle Wirklichkeit als solche registrierte. Wenn sie mit dem Arzte zufrieden war, wurde er in einer nicht in allen Details aufzuklärenden Weise in das erotische System einbezogen — am häufigsten ist es, daß der Arzt in solchen Fällen mit dem Geliebten teilweise oder ganz identifiziert wird — ihre Handlungen waren aber sehr symbolisch, sie schenkte ihm Verse, die sie gemacht hatte, eingewickelt in viele Papiere, deren Innerstes noch ein Schamhaar, etwas Menstrualblut, auch gelegentlich ein wenig Fäzes enthielt usw. Derartige Dinge kamen noch vor zu einer Zeit, da sie schon so klar war, daß sie mir im Gespräch über Kunst u. dgl. in Feinheit des Urteils entschieden überlegen war.

Solche Delirien können ein ganzes Leben lang fortgesponnen werden. Ich kenne eine Katatonische, die 1874 in ähnlicher Weise erkrankte, dann jahrelang mit dem eingebildeten Kind des Geliebten lebte, dieses aber meist mit ihm vollständig identifizierte und auch jetzt noch nicht aus dem Traum herausgekommen ist.

Manchmal tritt die Sexualität in weniger angenehmer Form auf. Sie ist häufig gemischt mit Angstvorstellungen, nach denen dann auch die Delirien modifiziert werden. Eine Patientin halluzinierte, wie die Mutter sie beim Vater anklagte, dann „sah sie der Vater so an“; er stach sie mit einem Speer in den Unterleib, dabei tanzte er so merkwürdig; er war schwarz und ganz nackt; er erschien ihr auch sonst oft ganz schwarz an ihrem Bett, gelegentlich auch in der Gestalt eines Stiers. Die Patientin erzählt, daß ihr Vater sie oft geschlagen habe — und mißbrauchen wollte; er hat oft ihre Genitalien berührt und mußte noch weiter gegangen sein. So wird die Angst vor dem Vater begreiflich. Daß aber das Attentat mit dem Speer ein sexuelles war, beweist, abgesehen von dem vielfachen Vorkommen dieser Dinge in sexuellem Zusammenhang, die vollständig sexuelle Mimik der Patientin beim Erzählen der Halluzination, die ja an sich gar nichts verrät: die Kranke verbarg mit verschämtem Lachen ihr Gesicht. Die tatsächlichen Attentate des Vaters erzählte sie mit der gleichen Mimik, wie Gesunde solche Dinge erzählen, in objektivem Ton, etwas geniert, aber nicht mit der aktiven Erotik.

Ein junger Mann hat Delirien folgender Art: Er sieht seine Schwester „in den Kleidern einer erstklassigen Balleteuse“, sie gleicht der Diana; bei ihr ist ein wunderschöner Jüngling, den hat Patient selbst geschaffen vermöge der Beziehung seiner Hirnsubstanz zur Welt; „das ist Arsenia, das ich in meinem Gehirn habe, das ist ganz das Gleiche wie Ambrosia“. Der Jüngling ist ein Pseudo-N. (sein eigener Name); er sieht ihm auch ähnlich, er hat das Aussehen wie Apollo; er will die Diana vergewaltigen. Patient fürchtet, sie möchte schließlich unterliegen, dann werde er für 7000 Jahre ganz aus der Welt eliminiert. Die gleiche Geschichte erzählt er auch so, daß er sich und seine Schwester am Himmel sieht. Er hatte ein (einseitiges) Verhältnis zu seiner ältern Schwester, das aus seinem vierten Jahre stammt, aus einer Zeit, wo das Mädchen gerade

am Aufblühen war. Er beschäftigt sich nun beständig mit diesen Wahngebilden; jede Störung von außen ist ihm deshalb widerwärtig, weil sie ihn von diesen Gedanken abzieht, und so hält er sich für schikaniert und wird selber unangenehm, wenn man nur in sein Zimmer kommen muß.

Eine andere Kranke sah in einem Tobanfall Judas Ischariot, der sie mit einem Schwert bedrohte. Wie dort die Geschwisterliebe in Apollo und Diana nicht übel symbolisiert wurde, vertritt hier Judas, wie oft, den ungetreuen Geliebten.

Nicht so selbstverständlich ist das Schwert zu deuten; es zeigt sich aber bei dieser Patientin, wie bei allen andern, gleichwertig dem Speer in der Hand des Vaters in dem frühern Beispiel, und dem Messer, das die den Hysterischen und Schizophrenen erscheinenden „schwarzen Männer“ in den Händen haben: es ist das agressive männliche Geschlechtsorgan[1]). In der Mythologie spielt die gleiche Rolle der Pfeil des Apollo, der als Sonnenstrahl wie als Sexualorgan befruchtet, aber auch tötet. Schwert und Speer habe ich auch von zwei gesunden Frauen in diesem Sinne brauchen hören (ganz unabhängig von der Defloration). Diese Waffen sind immer in Verbindung mit anderen sexuellen Vorstellungen genannt. „Ich bin dem Doktor ausgewichen, weil er mir immer durchs höchste Gut in Gedanken Messerstiche gegeben hat, daß ich oftmals Schmerzen bekommen habe und Brand auf der Seite (zeigt dabei die Genitalgegend, und erst bei Wiederholung wirklich die Seite), und habe gedacht, ich könne ihn durchaus nicht lieben“ (alles mit starker sexueller Mimik)[2]). Sehr häufig werden die verschiedenen Symbole ganz promiscue genannt. Eine unserer Paranoiden veränderte den spontan genannten feurigen Spieß im Leibe in viele feurige Nadeln, als man sie über die Körperhalluzinationen fragte; dann war es wieder ein dickes Ding, das man ihr in die Brust und den Unterleib stößt, wobei sie sehr viel Affekt auf den Unterleib, nicht aber auf die Brust verwandte. Die Nadel kommt auch sonst noch im gleichen Sinne nicht selten vor, und die Symbolik kann so weit gehen, daß eine junge Katatonika eine Zeitlang verschämt errötete, wenn sie eine Nadel ansah. Gelegentlich spielt auch der Revolver eine solche Rolle; so wird eine unserer Hebephrenen von einem Manne mit einem Revolver verfolgt, der ungebührliches von ihr verlangt; eine andere wird mit einem Revolver in die Beine geschossen. Auch bei Männern haben wir den Revolver in gleichem Sinne beobachtet.

Es ist ganz charakteristisch, daß für allgemeiner gültige Symbole des männlichen Gliedes fast nur Dinge genommen werden, die auch mit Gefühlen betont sind, und zwar meist mit Gruseln verbundene[3]). Würste, Kerzen, einfache Stäbe u. dgl. unschuldige Dinge, die in der gewöhnlichen Zote von Groß und Klein so häufig hervortreten, scheinen in der Schizophrenie wie im Traum nur unter ganz bestimmten Konstellationen die Genitalien vertreten zu können. So spricht die B. S. Jungs von Schweinsbratwürsten, die die Fähigkeit, als Symbol zu dienen, durch den Umstand erhalten, daß sie in Verbindung gebracht

---

[1]) So wird wohl das „Dolchmesser mit Hochzeitszettel“ bei Kraepelin (388, S. 198) verständlich.

[2]) Ein Hebephrene mit stark homosexuellen Tendenzen hat Pollutionen, wenn seine Augen und sein Anus halluzinatorisch mit Messern bearbeitet werden.

[3]) Die Ambivalenz der Sexualität kommt also auch hier zum Ausdruck.

werden müssen mit dem Symbol des Mundes für Vagina und des Essens für Koitieren. Der Stab erscheint als Zauberstab oder als „das rote Holz des Lebens“. Es ist das bezeichnend für die wichtige Rolle, die der Affekt bei der ganzen Symbolik spielt. Die intellektuelle Ähnlichkeit ist oft Nebensache, viel wichtiger ist die affektive.

Diesem Umstand verdankt gewiß eines der häufigsten Sexualsymbole, die Schlange, ihre Bedeutung. Wir finden sie alle Augenblicke in den Halluzinationen, und wir haben noch nie eine Analyse dieses Symptoms gemacht, bei der es sich nicht deutlich als sexuell zu erkennen gab. Eine Jungfrau von tadelloser Lebensführung hat während eines leichten Schubes ihrer Hebephrenie „nicht unangenehme Erscheinungen von einem schwarzen Manne oder von einer Schlange, die auf sie zukommen“. Eine Präsenile sieht einen Engel; „da kommt eine Schlange, die umwickelt ihn, dann steht sie so vorn heraus, ganz steif (Patientin macht mit dem Finger die Stellung des erigierten Penis), deshalb macht sie nichts Böses“. Bei einer andern Kranken kam die Schlange in die Vulva, um zu trinken[1]). Gelegentlich ist die Schlange feurig, wenn auch seltener als der Spieß und das Schwert.

Ein Hebephrene beklagte sich darüber, daß eine Schlange ihn umschnüre, den Kopf vor seinem Munde, in den sie Gift hineinspritze. Durch seine anamnestischen Angaben wurde unsere Vermutung bestätigt: er war Päderast und machte sich deshalb Vorwürfe.

Auch andere Tiere sind nicht selten sexuelle Symbole. Neben der Schlange zunächst das Pferd[2]), das recht viele junge Mädchen fürchten und in ihre Angstträume aufnehmen; dann auch der Stier. Der letztere ist oben in einem Beispiel erwähnt; das Pferd kann auch in Form „zweier Schaukelpferde vorkommen, die im Bett sind, die man nicht sieht, man spürt nur, wie sie stoßen und rhythmisch die Decke heben; es sind der N. N. und der X. X.“ (Bekannte der Patientin, an die sie sexuelle Wahnideen knüpft). Hunde und Katzen, deren Liebesleben jedes Kind kennt, sind auch sehr häufig; die Patientinnen spüren sie im Leibe und am Leibe, sie sehen, wie die Hunde sie verfolgen usw. Ähnlich der Schlange wird die Maus benutzt; es ist uns schon mehr als einmal vorgekommen, daß die gleiche Halluzination bald als Maus oder Ratte, bald als Schlange bezeichnet wurde. Gelegentlich schwillt auch die Maus unter den Augen der Patientin zu einer großen Ratte an. Von fremden Tieren zeigt sich bei der Prüfung mit Bildern (bei Anlaß der Wahrnehmungsprüfungen) auch der Elefant als ein sexuelles Tier (wohl Größe und Rüssel); in den Wahnideen erinnere ich mich nur zweimal, ihn als deutliches Sexualsymbol getroffen zu haben: einmal vertrat er einen großen Arzt, an den die Patientin ihre sexuellen Halluzinationen knüpfte; einmal erschien er als Halluzination einer ganz jungen Hebephrenen im Anfang der Krankheit, die durch lauter sexuelle Gedanken charakterisiert war. Eine Patientin beklagte sich über unsere „Heurüsselbetten“ (Heu ist vulgär oft Pubes), es seien genug Männer, die ihre Heurüssel in ihrem Bett liegen lassen (alles mit nicht mißzuverstehender sexueller Mimik). Alle als Sexualsymbol dienenden Tiere

[1]) Vgl. auch Mörikes „Erstes Liebeslied eines Mädchens.“ Im Traum des Gesunden, in den Mythologien, bei Swedenborg, überall ist die Schlange Sexualsymbol.

[2]) Das Pferd ist zugleich Symbol für die Vornehmheitsaspirationen.

wurden von einer Patientin in recht bezeichnender Weise spontan als „Schönheitstiere“ zusammengefaßt.

Der Koitus findet seinen Ausdruck unter anderm in dem Bilde des Mordes[1]) und zwar sowohl aktiv beim Manne als namentlich passiv beim Weibe[2]). Eine Katatonische wird vom Pfarrer sexuell erregt; er sieht sie in der Kirche mit „tötendem Blick“ an, sie spürt denselben im ganzen Leibe. Ferner hat sie ängstliche Träume von Toten. Bei der Erzählung auch der Träume hat sie aber einen ekstatisch-süßlichen Blick, der sich nicht mißdeuten läßt. Eine andere Katatonika ist ebenfalls in einen Pfarrer verliebt und schreibt in einem Briefe: „Der reformierte Pfarrer muß mich zerschmettern.“ Zuzeiten muß die Wärterin dieser Kranken — faute de mieux — als Liebesobjekt und -subjekt dienen; in diesem Sinne sagte sie einmal, sie möchte sie an sich drücken, bis sie ganz mager wird, und sie dann anzünden. Eine dritte Katatonische verbigeriert in einigen Variationen die Worte: „Mordet mich, Sauhund, morde mich“, begleitet sie aber mit rasenden Küssen der eigenen Hände und andern sexuellen Gesten und mischt sie mit einer Menge sexueller Ausdrücke. Eine andere erwacht aus dem Schlafe mit einem Schrei und ruft, die Mörder kommen, der Mann hure mit den Patientinnen.

Auch Krieg und Duell sind Symbole der Kohabitation. Eine unserer Hebephrenen verfolgte mit deutlich sexuellem Interesse sogar den russisch-japanischen Krieg, der allerdings noch andere, mir unklare, Beziehungen zur Kranken hatte. (Vgl. auch unten „Religionskrieg“.)

Der Wahn des Selbstgetötetwerdens könnte außerdem den Wunsch ausdrücken, zu sterben. Wenn auch in vielen Fällen die Wahnidee, ermordet zu werden, sexuell gemeint ist, so wird es wohl nicht immer so sein, obschon wir einen andern Ursprung noch nicht sicher nachgewiesen haben. Am ehesten wäre es in dem Fall eines Mädchens, das, gravid vom Liebhaber verlassen, gestohlen hat und am meisten darunter litt, daß sie den Eltern entfremdet werde; sie gehöre niemandem, sie müsse getötet werden. Sie brachte wegen des vollständigen Gedankenentzuges keinen Brief an die Eltern zustande, während sie an den Geliebten schreiben konnte.

Sehr eng verwandt und für die Patientinnen oft vollständig identisch mit dem Getötetwerden ist meist das Verbrannt- oder Gebranntwerden. Das Feuer der Liebe drückt sich in dieser Weise aus sowie in der feurigen Beschaffenheit der Schwerter, Spieße und Nadeln; gelegentlich macht auch ein Geliebter als feuriger Mann seine Besuche; oder er erscheint in der Matratze, „die ganze Genitalgegend glühend rot wie ein Ofen“.

So ist es zu verstehen, wenn jenes erfolglos asexuell erzogene Mädchen mit sanfter Stimme berichtet, wie sie sich fürchte vor „einem Mördermesser, das ja immer weiter brennt“. — Eine Katatonika antwortet bei der Untersuchung nur zögernd in abgerissenen seltenen Sätzen; auf die Frage: „Was ist mit dem Konrad?“ (ihrem Geliebten), sagt sie sofort mit lebhafter Mimik und ganz anderer Stimme: „Muß ich verbrannt werden? Muß ich getötet werden?“ —

---

[1]) Nicht zu verwechseln mit der Anwendung dieses Wortes für alle Arten von Mißhandlung (vide Sprache).

[2]) „Nun, Heinrich, sterb ich doch den süßen Tod“, Ottegebe in Hauptmanns „Der arme Heinrich“. — „Verwehr deinem Herzen zu lieben, o Kindlein; denn Liebe ist sterben, die Lieb ist der Tod.“ Huch, Dornröschen usw. usw.

Patientinnen beklagen sich manchmal, man halte sie für Huren, und setzen hinzu: „Ja, ja, ich weiß schon, ich lasse mich nicht verbrennen"; oder etwas Gleichwertiges. Auch mit der Angst wird das Feuer zusammengebracht: „Es ist gerade, wie wenn ich ein Feuer in mir hätte, so habe ich Tag und Nacht Angst." Bei der letzteren Kranken, wie bei mancher andern, führt die Idee des Feuers zu der, in der Hölle zu sein oder in die Hölle zu kommen (was nicht immer unterschieden wird). Ein Patient verallgemeinert die Empfindung, daß seine Geschlechtsteile verbrannt werden, zu der, ganz im Feuer zu sein. Später schwächt er sie wieder ab und hat infolge der Verlegung nur noch Hitze im Kopf. Die ursprüngliche Halluzination war entstanden aus der sexuellen Reizung, die ihm die Tochter seiner Hausfrau bereitete. Deshalb drohte ihm diese in den Halluzinationen mit Verbranntwerden, während die unschädliche Mutter ihn tröstete, er werde nicht verbrannt.

Ein Paranoider wähnt seine Frau untreu und tot; ihn beschuldigt man des Verkehrs mit einer Schwägerin. Einmal hörte er einen Schrei; das bedeutete, daß seine Frau soeben gestorben sei. Zugleich war es ihm, wie wenn man ihm eine Flamme aus dem Herzen herausreiße. — Ein anderer beklagt sich, es sei eine Frau unter ihm, die ihn verführen will, um ihn durch Brennen umzubringen; hier wird das Brennen noch in einem andern Sinne gefaßt: er meint, man hätte ihm nach der Verführung scharfe Salben eingerieben.

Die Identifizierung von Feuer und Koitus kann auch in bezug auf andere Personen geschehen: ein eifersüchtiger Ehemann behauptete, seine Frau habe einen Mann angestellt, der ihr das Bett unter dem Hintern anzünden müsse.

Eine Frau hat die Wahnidee, daß man ihr das Haus anzünden wolle, und zwar hat sie einen bestimmten Kostgänger im Verdacht. Ganz im gleichen Ton, und wie wenn sie die gleiche Sache ausführen würde, erzählt sie, sie fürchte, daß der Kostgänger es einmal so weit treiben könne, daß sie ein Kind von ihm bekomme. Hier hat das Feuer, das das Haus verzehrt, zugleich noch eine andere Bedeutung, die die gewöhnliche ist, wenn von „Hausanzünden" geredet wird. Es bedeutet die Aufhebung der Familie, eine Idee, die allerdings meist auch durch unbefriedigte Sexualität erzeugt wird. — Eine mit ihrem Manne unzufriedene Frau erkrankte in der zweiten Gravidität; sie wurde eifersüchtig, mißtrauisch; die Stimmen befahlen ihr, das Haus anzuzünden, um dem Herrgott ein Rauchopfer darzubringen. (Später wollte sie auch den Sohn opfern.) — Eine andere Frau, die einen Pfarrer liebt, fürchtet zuerst, das Haus müsse in Flammen aufgehen; eines Tages glaubt sie, es werde angezündet; flüchtet sich aus dem Hause, und will nun den Herrgott sehen; nachher meinte sie, sie sei mit dem Geliebten verheiratet. — Eine andere Frau, deren Mann ein Lump ist, sah und hörte Leute, die das Haus anzündeten; auch ihr Knabe ist halluzinatorisch gestorben. — Die Frau, die von ihrem eingebildeten Geliebten drei Kinder im Leibe hatte, hatte versucht, ihr Haus, „das Unglückshaus", anzuzünden.

Unser einziger Fall, wo die Sexualität nicht mit Sicherheit mitschuldig an dem Feuer ist, betrifft einen Katatoniker, der seine Mutter erschossen und den Vater verletzt hatte, um sie vor Armut zu bewahren. Er träumte in der Nacht darauf, das Haus seiner Eltern brenne; er selber sitzt zu oberst auf dem Dach, tut nichts und staunt nur. (Immerhin sind einige Indizien da, daß ein einseitiges sexuelles Verhältnis zur Mutter bestanden habe.)

In enger Verbindung mit den bisher besprochenen Koitussymbolen steht die Angst. Schon vor Jahrzehnten wußten viele Psychiater, daß ein Zusammenhang zwischen Sexualität und Angst bestände, indem sexuelle Reizung Angst erzeuge und umgekehrt in Angstzuständen oft triebartig masturbiert werde[1]). Freud hat dann die pathologische Angst überhaupt als eine Umsetzung verdrängter sexueller Libido erklärt. Ich sehe nun allerdings nicht ein, warum es nicht auch eine Angst bei bedrohter Existenz des Individuums geben solle so gut wie eine Genusangst. Allerdings muß ich konstatieren, daß in den pathologischen Fällen und in den Träumen, die wir analysieren konnten, mit Sicherheit nur die Genusangst nachzuweisen war. Worin der Zusammenhang zwischen der Sexualität und Angst besteht, ist mir noch dunkel, sicher ist nur, daß er existiert[2]).

Man kann sich denken, daß die Unterdrückung des Geschlechtstriebes als eine Schädigung des Genus Angst mache, wie die Gefährdung des Individuums; doch ist das nur eine Analogie. Man weiß ferner, daß die sexuelle Erregung namentlich bei der Frau, aber in gewissem Sinne auch beim Manne mit Angstsymptomen, mit Gruseln und Zittern verbunden ist. Man weiß, daß nicht nur beim Menschen, sondern bei vielen niederen und höheren Tieren das Weibchen der Bewerbung einen lebhaften Widerstand entgegensetzt, der um so auffallender ist, als es sehr häufig sofort die Initiative ergreift, wie das Männchen sich zurückzuziehen scheint. Man könnte sich denken, daß eine gewisse Regulierung stattfindet, indem zwei Kontraste gegeneinander spielen, wie wir das in Physiologie und Psychologie so häufig sehen, und daß die Hemmung eben das ist, was wir Angst nennen; aber warum es gerade dann zum Vorschein kommen sollte, wenn der Akt unterdrückt wird, wäre nicht abzusehen.

Wir treffen also die Angst, wenn sie analysierbar ist, immer in Verbindung mit sexuellen Symptomen. Wenn man allerdings den schwarzen Mann mit dem Messer als das Primäre auffaßte, so wäre die Angst in diesen Fällen Individualangst. Wir kennen aber die sexuelle Bedeutung des Mannes und sehen alle Tage, daß die gleiche Angst auch auftritt, wenn das Individuum nicht bedroht wird. Wir können uns ferner leicht erklären, warum das Sexualsymbol auftreten soll, nicht aber, was in solchen Fällen die körperliche Bedrohung zu tun hat.

Meist verläuft die Angst unter dem Schein einer solchen Bedrohung. Manchmal findet man diese nicht. Ein Katatoniker, der inhaltlose Angstanfälle hatte, bat in den einen inständig um ein Mädchen, in den andern onanierte er. Eine Katatonische mit ziemlich starkem Negativismus onaniert ganz regelmäßig, wenn sie zu etwas gezwungen wird, zum Essen, zum Sitzen usw.[3]).

---

[1]) Vgl. z. B. Cullerre (145), Oppenheim (529 *a*; S. 117), Muthmann (502 *a*; S. 42) und Bernhard.

[2]) Stekel gibt Anhaltspunkte zum Verständnis dieses Verhältnisses, leider noch keine Erklärung. Angstzustände infolge schlechter Zirkulation gehören nicht zum Bilde der Dementia praecox.

[3]) Es gibt auch Nichtgeisteskranke, die in der Angst Pollutionen bekommen: einem jungen Herrn begegnete es dann, wenn er eilig war, z. B. rasch zur Bahn gehen sollte und sich noch zurecht zu machen hatte. Kinder haben sexuelle Erregung bei Angst vor dem Lehrer. Vgl. auch v. Krafft-Ebing, Moll. Angstträume sind sexuelle (Freud). Savage kannte den Zusammenhang von Angstmelancholie und Sexualität schon vor Jahrzehnten.

Eine altbekannte Fortbildung („Sublimierung“, Freud) des Geschlechtstriebes ist die Umsetzung in religiöse Gefühle und Vorstellungen. Viele Kranke suchen, gerade wie Gesunde, ganz bewußt in der Religion Ersatz für das entgangene Liebesglück. Sobald aber die Krankheit anfängt, die Vorstellungen ungeordneter zu machen, tritt der verdrängte erotische Komplex wieder hervor und mischt sich mit den religiösen Vorstellungen. So trägt der Erlöser oder Gott oder wer gerade in den Vordergrund des religiösen Interesses gestellt wird, sehr häufig die deutlichen Züge des Geliebten. Eine Patientin, die in einen Pfarrer verliebt war, zeichnete den lieben Gott gern mit Bäffchen und Klemmer; auch Christus bekam Züge von einem protestantischen Geistlichen. Eine solche Figur wurde einmal am Kreuz gezeichnet mit erigiertem Glied: sie bedeutete nach der eigenen Erklärung der Patientin den guten Menschen; am Kreuz nebenan war der schlechte Mann mit schlaffem Glied. Eine der ersten gleiche gekreuzigte Figur hatte zwei erigierte Glieder. Später ist die Kranke direkt mit dem heiligen Geist verheiratet. — Eine (latente) Hebephrene liebte ihren Mann nicht mehr und setzte die Scheidung durch. Am Tage des Urteils sah sie Gott, der ihr eine Million versprach; der Mann hat ihr aber die Million gestohlen. Gott sagte ihr unter anderm auch: „Laß die erste Liebe nicht, denn sie hält gewiß, was sie verspricht.“ Er sprach sächsisch, hatte blonde Haare, karrierte Hosen, kurz alles wie ein Herr H., den die Patientin vor ihrem Manne geliebt hat. Zugleich „schien die ganze Herrgottenmacht, die Sonne und die Sterne leuchteten; doch der im Kirchengesangbuch als Tröster genannt wird, den kenne ich im Leben, er hat Hosen und Weste wie der Herrgott und redet sächsisch.“ Auch Christus und die Jünger sind in ihrer Familie vertreten. Sie selbst ist die Jehovah, sie ist nicht Gott, aber Nachfolger von Gott; sie sitzet zu seiner Rechten. Der König der Ehren ist Herr H. Wenn sie von dem letzteren (auch ganz Profanes) erzählt, mischt sie immer eine Flut von biblischen Ausdrücken bei. — Ihr Mann erschien ihr, seit sie ihn nicht mehr liebte, in den verschiedensten Gestalten, nur hatte er immer schwarze Haare (wie in der Wirklichkeit). Sie spricht von ihm meist als „*die* Schwarzen“, sie hat sich von *den* Schwarzen scheiden lassen.

Bei Männern vertritt etwa eine Heilige die Geliebte. Doch genieren sich schizophrene Männer gar nicht, auch mit Gott oder Christus verheiratet zu sein; so unser oben angeführter Patient, dessen erste erotische Gefühle an die Schwester geknüpft waren: Christus erscheint ihm als ein sehr schönes Mädchen, das Züge von der Schwester trägt.

Häufiger jedoch sind Männer auch in der Religion aktiv; sie werden Propheten oder Christus oder auch Gott, als welchen ihnen dann die Vergnügungen der verschiedenen Paradiese selbstverständlich zur Verfügung stehen. Sie können in ihrer göttlichen Eigenschaft auch nach bekannten Mustern irgend ein irdisches Weib lieben.

Nicht selten spielt der Teufel die Rolle, die in den bisherigen Beispielen den guten Personen zugeschrieben ist. Eine Frau, die sexuell abstinent lebt, wird seitdem „versucht“ vom Geiste Gottes, wobei sie alle Freuden genießt; sie sieht und hört den Teufel, den sie, ohne sich darüber klar zu sein, mit dem versuchenden Geiste Gottes identifiziert. Häufiger ist es der Teufel ganz ohne Beimischung. Einer Magd erschien der Teufel mit dem Gesichte ihres Dienstherrn, der mit seinem Zauberstab allerlei Dinge machte, die sie in den Genitalien

spürte. Der Teufel hat auch oft bestimmte Züge vom Geliebten oder doch von einem andern, die Patientin sexuell erregenden Manne.

Neben solch einfachen und relativ leicht verständlichen Vorstellungen gibt es noch eine Menge unklarer, die bis zur Unkenntlichkeit verzerrt und mit verschiedenen Elementen verquickt sind. Eine Patientin bekommt jede Nacht ein schönes Kind von Pfarrer N., „sie ist eben das Mittel zum Religionskrieg". Wenn man weiß, daß der Kampf oft das Symbol des Koitus ist, so kann das verständlich werden. — Eine kinderlose Frau, die ihren Mann haßte, besonders während des Aussetzens der Periode, jammerte zu dieser Zeit, daß im Religionskrieg so viele Kinder umgebracht würden. — Die schizophrene Vermengung von verschiedenen Begriffen, die nur äußerlich zusammenhängen, zeigt sich in dem Ausspruch einer Kranken, die mit dem Ausdruck erotischer Erregung sagte: „Die Wärterinnen sind auch Jesusblut, die sündigen auch." Jesus und Sünde gehören allerdings zusammen, aber nicht in dieser Weise.

Aus religiösen Assoziationen stammt wohl auch die nicht seltene assoziative Verbindung von Fleisch und Genitalien. Ein sehr intelligenter Katatoniker mit Versündigungswahn sagte direkt, er esse kein Fleisch, weil es an Fleischliches erinnere. Eine Hebephrene assoziierte im Experiment an „lieben" — „d. h. ein Fleischopfer".

Die Verbindung von Sünde und Sexualität ist wie im Leben auch in der Schizophrenie eine der häufigsten. Bei Selbstbeschuldigungen spielen die sexuellen Sünden eine große Rolle, und zwar auch da, wo zunächst andere Dinge angegeben werden, die man eher sagen und denken kann.

Hierher gehört auch das Reinlichkeitsbedürfnis und das Gefühl, unrein zu sein. Man hat früher schon bemerkt, daß solche Zwangsideen gerne bei Onanisten vorkommen. Freud hat gezeigt, daß es sich um eine Übertragung vom Gefühl moralischer Unreinheit auf das der physischen Beschmutzung handelt. Die Beobachtungen in der Schizophrenie geben ihm recht. Ein Patient sagte gerade heraus: „Ich kann ihnen die Hand nicht geben, weil ich onaniert habe". Eine Patientin, die unter anderm sich auch damit gereizt hatte, daß sie Katzen an die Genitalien gebracht, litt schwer an Zwangsideen der Reinlichkeit. Namentlich wenn sie eine Katze sah, mußte sie die Hände waschen, „um nichts Schädliches, Giftiges in sich zu bringen"[1]). In analogem Zusammenhang wollte eine Dame beständig die Fenster geöffnet haben wegen unreiner Luft. Bei einer sehr feinfühligen gebildeten Dame konnte man den Zusammenhang experimentell beweisen. Sie wollte oft in ganz negativistischer Weise die Hand nicht geben, obschon sie in der Unterhaltung sehr liebenswürdig war. Sie konnte entweder keinen Grund angeben oder dann den, daß sie viel an die Hände schwitze, was nur in ganz geringem Maße der Fall war. Es stellte sich nun heraus, daß die Furcht, die Hand zu geben, immer dann auftrat, wenn im Gespräch etwas vorgekommen war, das ihren Onaniekomplex wachgerufen hatte. — Ein Katatoniker war in ganz unsinniger Weise aus dem Fenster seiner Dachstube gestiegen und hatte das Bett

---

[1]) Obschon ich bei Kranken noch nie einen andern als sexuellen Waschtrieb gefunden habe, muß man mit der Auslegung des Symptoms doch vorsichtig sein; bei zwei Kindern habe ich im ersten und zweiten Jahre die heftige Ablehnung irgend einer Zumutung beständig von ähnlichen Gesten begleitet gesehen, in einem Falle meist ein Händeringen genau wie wenn der Erwachsene die Hände wäscht, im andern ein Abwischen der Hände an den Kleidern.

auseinander genommen und wieder zusammengesetzt. Er gab an, er habe nur aus dem Fenster sehen wollen (er war aber hinausgegangen); warum er das Bett auseinander genommen habe, wisse er nicht, er sei ein Sünder. Dieser Zusammenhang von Bettauseinandernehmen und Sünde ließ uns vermuten, daß es sich auch um einen onanistischen Reinlichkeitskomplex handelte, was sich denn in anderen Assoziationen und aus den direkten Angaben des Kranken sicher nachweisen ließ.

Nicht die Sünde, aber das Sichschämen über die Onanie und das Gefühl, man sehe einem das Laster an, drückt sich zuweilen darin aus, daß der Patient das Gesicht nicht zeigen will, eine häufige katatonische Eigentümlichkeit, die allerdings noch andere Gründe haben kann. Bei einem Mädchen war das im Beginn der manifesten Krankheit lange Zeit das einzige hervortretende Symptom; sie konnte nicht anders mit jemandem reden, als indem sie das Gesicht abwandte oder bedeckte; sie gab den Grund selbst an, konnte aber noch lange nachher, nachdem sie in Remission eingetreten war und gut arbeitete, von der „Zwangsidee" nicht lassen. Eine andere steckte auf die Frage, warum sie das Gesicht bedecke, sowie bei sexuellen Anspielungen den linken Zeigefinger ins Ohr[1]).

Selbstbeschuldigungen können auch Ausdruck des Wunsches nach Koitus sein, so wenn sich der Patient unschuldig eines sexuellen Attentats anklagt. Andere Vergehen als die Onanie habe ich nur zweimal als wesentlichen Inhalt von Versündigungsideen gesehen. Ein Hebephrene war untröstlich darüber, in seiner Jugend Äpfel von einem bestimmten Baum gestohlen zu haben; der Baum wurde dann mit allen möglichen späteren Wahnideen in Beziehung gebracht. — Ein junger Katatoniker hat in Wirklichkeit Sardinen und Bonbons gestohlen; im Delir waren es Diamanten, wegen deren Wert er nun für ewig in die Hölle kommt. Bei diesen beiden Patienten haben wir überdies Grund zu der Vermutung, daß hinter diesen Selbstbeschuldigungen doch noch der Onaniekomplex stecke.

Eine andere Art der Abweisung sexueller Gedanken ist das (nervös bedingte) Erbrechen, das, wie Freud gefunden hat, Ekel, meist sexuellen Ekel, bedeutet[2]). Eine Patientin war ihrem Manne, der ihr unangenehm war, entflohen. Als er plötzlich kam, um sie zu holen, bekam sie Erbrechen, das drei Wochen lang dauerte. Eine andere Kranke sprach eine Zeitlang von Schmerzen in den Genitalien, verbunden mit der Idee des Rockaufhebens und von etwas Ekelhaftem. Einmal hörte sie Stimmen, die vom Rockaufheben sprachen und mußte sofort mitten im Wohlsein erbrechen. Nach Attentaten haben wir anhaltendes oder anfallsweises Erbrechen mehrfach erlebt. Eine Patientin wurde im 14. Jahre mißbraucht. Seitdem hatte sie Angstträume von Lanzen und Stieren. Mit 19 Jahren verliebte sie sich; das Paar mußte sich trennen; darauf ein Jahr lang katatonische Depression mit Halluzinationen gleichen Inhalts und sexueller Aufregung. Seitdem häufig solche Träume und Hallu-

---

1) Warum sich der Onaniekomplex bei Nervösen und bei Schizophrenen so häufig und mit so elementarer Gewalt vordrängt, ist noch nicht sicher zu sagen. Es gibt doch andere Sünden, die viel schlimmer sind. Vielleicht ist die „Sünde" hier gar nicht im religiösen Sinn zu verstehen; die „Gewissensangst" wäre vielmehr der primäre Ausdruck der perversen Betätigung des mächtigsten Naturtriebes.

2) Vgl. auch H. Müller (499 *a*).

zinationen, wenn ihr etwas Widerwärtiges begegnet, dabei Ekel, Aufstoßen und Erbrechen und ein Gefühl des Eingeschnürtwerdens an der Stelle, wo der Attentäter sie faßte (Jung).

Freud hat auch darauf aufmerksam gemacht, daß ein unbewußtes sexuelles Verhältnis zwischen Vater und Tochter und zwischen Mutter und Sohn bestehe, das namentlich in den Kindern zum Vorschein komme. Diesen „Ödipuskomplex" haben wir immer häufiger gefunden, nachdem wir einmal darauf aufmerksam gemacht worden sind. Er ist auch ein wichtiges Agens bei der Auswahl der Geliebten bei Gesunden und Kranken. Ein Patient meinte, die Mutter habe den Vater vergiftet. Einmal erwachte er in der Nacht, glaubte, die Mutter sei zu ihm ins Zimmer gedrungen, er war aufgedeckt, hatte eine Erektion, also habe die Mutter mit ihm Schweinereien getrieben.

Auch Eltern können den Ödipuskomplex haben. Eine Katatonische stieß den besuchenden Sohn weg; sie fühle ein Brennen auf dem Herzen gleich unter der Haut, und die Nerven darüber, wie wenn man diese nur mit den Fingern fassen könnte. Ähnliche Gefühle hatte sie einmal mit deutlicher erotischer Färbung dem Arzte gegenüber, als er sich zum Zwecke der Untersuchung über sie beugen mußte. Auf die Tochter war sie (in den Wahnideen, nicht in dem erhaltenen Teil der Persönlichkeit) eifersüchtig, weil diese sich verlobt hatte. Sehr wahrscheinlich hatte die Verlobung den Anlaß zum Ausbruch der Krankheit gegeben. Sie meinte, die Tochter sei vom Manne aus dem Hause gejagt, gravid, eine Hure, ins Wasser gegangen.

Manchmal wird der Ödipuskomplex via Identifikation des Kindes mit dem Geliebten erst sekundär erzeugt. Zwei Frauen waren deshalb eifersüchtig auf den Gatten, der das Kind zu Hause hielt, eine dritte auf Gott, der das Kind zu sich genommen; die drei Gatten und Gott selbst wurden beschuldigt, daß sie mit den Kindern widernatürliche Unzucht treiben. (Transitivistische Übertragung der eigenen sexuellen Liebe.)

Schon bisher mußten wir oft von Sexualität auch da sprechen, wo der Uneingeweihte den Zusammenhang nicht gleich sehen konnte. So werden denn sexuelle Empfindungen und Ideen sehr häufig versteckt. Manchmal geschieht dies durch Verlegung des Genitalbegriffes, meist nach oben. Zunächst hat die Umgebung der Geschlechtsteile, der Damm und namentlich der Anus, häufig sexuelle Bedeutung. Psychogener Pruritus, der in der Vulva entspringt, geht leicht auch auf den Anus über, auch wenn er ursprünglich bloß sexuelles Symptom war. Eine Patientin, die zuerst den Finger beständig in der Vagina hatte, steckte ihn später trotz allen Gegenmaßregeln immer in den Anus. Die Defäkation wird zuweilen zum Symbol der Geburt[1]). Eine Katatonika berührt mit der Hand beständig die Genitalgegend, dann greift sie unter die Arme, dann in oder an den Mund, dann steckt sie die Fingerspitze in ein Ohr.

Bei zwei Patientinnen konnten wir verfolgen, wie die ursprünglichen Wetzbewegungen des Beckens nach oben verlegt wurden, indem sie bei der einen ziemlich direkt sich in Kopfbewegungen verwandelten, bei der andern zuerst in Bewegungen des Bauches, dann in solche der Brust und erst zuletzt des Kopfes.

---

[1]) Kaiser (352): „Heute nacht hat sie mit Kot geschmiert und am Morgen . . . . . berichtet: heute nacht habe ich entbunden."

Das häufigste Symbol für die Vagina ist der Mund, bald allein, bald in Verbindung mit anderen Verlegungen[1]). Aus ihm werden häufig die Wahnkinder geboren. Eine Kranke, der der Arzt Milch einflößen wollte, sagte zu ihm: „Ja, Sie können mich doch nicht heiraten.“ Eine Patientin sieht einen Engel, der bei ihr den Mann vertritt, der toten Base „den roten Lebensstengel in den Mund stecken“. (Durch andere Äußerungen der Kranken ließ sich sicher feststellen, daß das ein sexueller Akt sein sollte.) Eine andere Kranke bezeichnet als „Körbe“ sexuelle Gefühle, bei denen sie auch Bauchweh spürt, und etwas Weißes an die Finger kommt, das sie wie Sperma beschreibt. Sie muß dabei auch den Finger in den Mund stecken. Sie hat nun „viele Körbe, Doppelkörbe, oben hinaus, unten hinaus“; die obere und die untere Öffnung wird identifiziert. — Ein katatonischer Onanist rieb sich den Finger im Mund hin und her, dann im Anus. — Eine ganz leicht Hebephrene, im Alter von über 50 Jahren, die sich noch recht gut in Gesellschaft bewegen konnte, ließ sich vom Arzt nicht in den Mund sehen und machte dazu die Mimik des sexuellen Genierens, genau wie sie sie machte, wenn er sie untersuchen mußte wegen ihrer Zystitis, eine Untersuchung, die sie mehr zu provozieren suchte als nötig.

Auch das Auge gilt als Symbol des weiblichen Genitale, während die Nase das des männlichen und des weiblichen sein kann, sogar beim gleichen Kranken. Frauen, die durch die Nase gefüttert werden, beklagen sich manchmal dabei, wie wenn man sie sexuell mißbrauchte; ein Patient, der, wenn jemand die Nase berührte, meinte, das heiße, er (der Patient) onaniere, steckte sich Zigaretten in die Nase, was für ihn eine bewußte Symbolhandlung war, die den Koitus darstellen sollte[2]).

Fütterung und Injektionen werden von Männern und Frauen oft als sexuelle Attentate aufgefaßt; manchmal allerdings mit leichten Umdeutungen: eine Katatonische erzählte mit unzweideutig sexueller Mimik: „Der Arzt hat mir einen Schlauch eingeführt in eine Röhre, die zum Herzen führt.“ — Eine Patientin träumte nach der Injektion, der Arzt habe ihr einen Bleistift in den rechten Arm (wirkliche Injektionsstelle) gestoßen. Der Bleistift kam sofort zum Unterleib heraus; sie weiß nicht recht, ob er ihr nicht auch dort hineingestoßen wurde. — Entsprechend dieser Vorstellungen wird die injizierte Flüssigkeit zuweilen „Schlangengift“ genannt.

Die Verlegung genitaler Empfindung geschieht oft nach anderen Stellen des Unterleibes. Wenn Gesunde statt der Genitalien vom Leibe oder Unterleibe reden, so ist für sie der Ausdruck nur ein Bild, sie denken doch nur an das, was wirklich gemeint ist. Die Schizophrenen übertragen aber so zu sagen das Bild in die Wirklichkeit; sie spüren ihre Halluzinationen wirklich an der mit dem Wort bezeichneten Stelle, und dabei geht die Verlegung viel weiter als die Konvenienzausdrücke. Schlangen und Mäuse steigen „vom Leib aus“ bis in den Kopf; als Ausgangspunkt wird dabei häufig die Magengegend gezeigt;

[1]) Vgl. auch Jungs B. S.

[2]) Ein von Jung untersuchter nicht geisteskranker Herr assoziierte im Experiment an alle Dinge, die irgendwie sich mit der Sexualität in Verbindung bringen ließen: „Nase“. Er wußte zuerst selbst nicht warum, obgleich er angab, er leide noch an den Folgen einer venerischen Infektion. Erst in der Nacht fiel es ihm ein, daß in der Schule die Nase oft mit dem Genitale parallelisiert worden sei.

erst wenn man länger zuhört oder auch mehr frägt, wird das Genitale auch genannt, dann aber meist mit deutlich stärkerer Gefühlsbetonung. Immerhin kommt eine restlose Verlegung nach oben gar nicht selten vor, so daß die Halluzination ganz vom Genitale losgetrennt ist, von dem sie ursprünglich ausging. Eine bemerkenswerte Kombination hatte eine Patientin, die „im Gehörorgan, in der geistigen Tätigkeit Empfindungen von Liebe spürte"; Gehörhalluzinationen schienen nicht gemeint zu sein. — Ein Paranoider beklagte sich, daß er mit Champooing behandelt werde (imaginär), d. h. Kopffriktion, das bedeute Onanie. Ein anderer sprach von den Teilen, mit denen man sündigt, und zeigte die Seite.

Viele halluzinatorische Zustände haben einen sexuellen Hintergrund. Einer unserer Kranken berichtet, daß er jeweilen, bevor es in der Nacht mit den Halluzinationen losgehe (meist Gesichtstäuschungen), „ein süßes Gefühl durch den ganzen Körper spüre". Mit Angst verbundene Visionen, die immer größer werden, sind wohl immer sexuell. Den gleichen Ursprung haben gewiß die meisten Halluzinationen der Körperempfindung.

Vom Brennen haben wir das nämliche schon beschrieben. Von all den sexuellen Scheußlichkeiten, über die sich männliche und weibliche Patienten beklagen, brauchen wir nicht zu reden; wenn „die Natur abgezogen" wird, wenn eine Frau geschändet wird usw., so ist das selbstverständlich sexuell. Hierher gehören aber auch noch die so gewöhnlichen elektrischen Empfindungen[1]), und zwar wohl in zweierlei Sinn. Die einen sind verbunden mit einem „süßen Gefühl" und sind wohl das Gleiche, was die Dichter als elektrischen Schlag bezeichnen, wenn man einmal unversehens die bis jetzt nur von weitem Geliebte berührt. Ein sexuell erregter Hebephrene halluziniert einen Offizier, der ihm am Penis saugt und ihn elektrisiert. Dann aber scheinen mehr kribbelnde Empfindungen mit dem gleichen Ausdruck bezeichnet zu werden, die im Normalen vielleicht kein Analogon haben. Wenigstens habe ich schon sehr häufig in sexuellem Zusammenhang über solche Dinge klagen hören; recht oft scheinen sie vom Hinterkopf auszugehen. Auch noch viel gröbere sexuelle Empfindungen müssen vorkommen; so ist ein Patient „mit einem Weib elektrisch verbunden; das ist eine Qual ärger als am Kreuz". Hierher gehören dann viele Gefühle von Spannung in den Muskeln, von Steifwerden, die der Normale eher verstehen kann. Sie können übergehen in Störungen der Motilität. Manche Krämpfe scheinen daher zu stammen. Die Ähnlichkeit des epileptischen Anfalles mit dem Orgasmus ist schon im Altertum aufgefallen. Ich erwähne sie hier, ohne sicheres daraus schließen zu können. Eine unserer Kranken hat in der Nacht öfters orgastische Anfälle, mit Stöhnen, Lähmungsgefühlen, Wasserlösen, Erbrechen. Eine andere hatte im Bett „wollüstige Gefühle, so daß sie sich krampfhaft am Bett festhalten mußte", dabei wurde sie kalt und steif. Die wollüstigen Gefühle steigen ihr auch in den Kopf, dann kann sie nicht mehr denken, es ist, wie wenn sie einen Riegel im Denkorgan hätte (allgemeine Sperrungen). Ein sexuelles Krampfsymptom ist auch der hysteriforme Kreisbogen. In einem Falle dokumentierte sich das allerdings nur darin, daß die Patientin jedesmal mit dem

[1]) In neuerer Zeit treten oft Röntgenstrahlen an die Stelle der Elektrizität. So wurde eine Patientin mißhandelt mit Röntgenstrahlen, die sie in der Größe, im Aussehen überhaupt genau als Penis beschrieb.

Unterleib in die Höhe ging, wenn männliche Personen sich ihr näherten; in einem andern kam der Krampf nach Aussage der Patientin immer bei gewissen Gedanken an den Geliebten, der sie an den Labien in die Höhe zu ziehen schien.

Von rhythmischen Bewegungen haben wir oben schon gesehen, daß sie sexuelle Bedeutung haben können (Kopfbewegungen). (Vgl. auch die Schaukelpferde im Bett der Kranken.) Bei zwei Frauen haben wir anschließend an den Tod des Mannes rhythmische Beckenbewegungen gesehen, die sich auch den Beinen mitteilten; eine sichere Schizophrenie war aber nur der eine der beiden Fälle.

Manchmal werden onanistische Bewegungen zu Stereotypien; wir haben die Katatonika schon erwähnt, die schließlich jahrelang den Finger im Anus hatte. Einer unserer Patienten machte die Onaniebewegungen immer höher, so daß er schließlich dem Munde nahe kam. Er behauptete, er habe hundert Geschlechtsteile, werde deshalb nie fertig; als er in der Nähe des Mundes war, kam die Idee dazu, er müsse den leeren Kopf nachfüllen, so daß die Bewegungen jetzt zwei Bedeutungen haben, nach unten die des Onanierens, nach dem Munde zu die des Nachfüllens respektive Essens.

Wie man schon lange wußte, sind auch Gewohnheiten, wie die des Schmierens mit Kot und Urin, sexuelle Symbole. Uriniert wird von den kranken Frauen manchmal im Orgasmus, es scheint der Akt bei ihnen überhaupt leicht mit der Sexualität verbunden zu werden. Die Defäkation kann auch bei Schizophrenen mit Wollust verbunden sein (Schreber).

Andere Anomalien des Geschlechtstriebes können durch Verschiebungen entstehen. Es hat nicht jeder homosexuelle Neigungen, der in der Katatonie die Mitpatienten zu koitieren sucht (Naecke). Die Kranken können sich eben über das Geschlecht hinwegsetzen oder besser sich das notwendige Geschlecht hinzuillusionieren. — Ein Herr ist fortgelaufen, um seine (eingebildete) Frau zu suchen. Er sieht dann den Arzt, den er als solchen erkannt hat, lange an, und bricht aus: „Sie sind ja meine Geliebte." Nachher frägt er einen andern Arzt, ob er seine Braut sei, öffnet die Hose. Am folgenden Tag sagte er zu diesem: „Ich weiß nicht, ob Sie ein Repräsentant von einem Fräulein sind; gestern war eine da, die Ihnen glich." Auf den Bart aufmerksam gemacht, sieht er den Arzt lange an, dann: „Im Theater kommt es auch vor, daß Frauen Männerrollen spielen." Einige Zeit nachher faßt er verklärt die Hände des Arztes: „Sind Sie nicht das Fräulein, das Privatstunden bei mir hatte?" Später machte er Attentate auf Patienten im gleichen Sinne. — Ein anderer Katatoniker übertrug seine Liebe auf Männer, nachdem er von einem Mädchen sexuell gereizt, aber nicht zugelassen worden war. Er kannte indessen noch das Geschlecht der begehrten Mitarbeiter und Mitpatienten.

Die Symbolik der Liebe zeigt sich auch in den Zeichnungen vieler Kranken. Sie schlingen Buchstaben oder Ringe ineinander. Deutliche und undeutliche Genitalien sind nicht selten. Wer etwas besser zeichnen kann, geht weiter. Eine junge Dame zeichnete eine Menge Pagen mit Lanzen, und damit über die Bedeutung der letzteren kein Zweifel walten könne, kamen sie in zwei Figuren aus der Hose, in der Stellung eines erigierten Gliedes. Die in den Pfarrer verliebte Zeichnerin identifizierte schließlich ihren Geliebten auch mit dem heiligen Geist, was Anlaß zu einer schönen Apotheose gab: sie als Maria, der heilige

Geist als strahlende Sonne da, wo ihr Genitale sein sollte, links und rechts daneben zwei stilisierte betende Engel. Die Zeichnung wurde vielfach wiederholt und schließlich zur Unkenntlichkeit abgekürzt.

Folgendes Beispiel, das immerhin sehr gekürzt ist, mag zeigen, wie sich sexuelle Empfindungen und Ideen in concreto zu einem Ganzen gestalten:

Eine Magd fühlte sich verzaubert von ihrem Dienstherrn, der einen Zauberstab dazu „aufstellte" (sie macht mit dem Finger die Stellung des erigierten Penis); der Zauberstab „oder eine Schlange" wird ihr auch durch den Mund gezogen. Sie bekommt Anfälle von Kreisbogen mit Koitusbewegungen und Orgasmus, und zwar ganz ohne ihr Hinzutun. Das erste Mal während einer Theatervorstellung, bei der sie Zuschauer war. Ein mitspielender junger Lehrer saß mit gespreizten Beinen da; Patientin hatte das Gefühl, er schaue sie besonders an (sie hatte früher ein Verhältnis mit einem Lehrer); als er mit dem Ellbogen an die Stuhllehne stieß, spürte sie den Stoß im ganzen Leibe, sie hörte, wie er ihr sagte, „sie solle es ihm machen", die Beine wurden ihr auseinander gezogen, dann die Labien, sie wurde an den Labien in die Höhe gezogen; dann vollständiges Koitusgefühl. Solche Anfälle erfolgten von nun an häufig bei sexueller Erregung; in der Anstalt sogar, als eine Plochbürste neben ihr Bett gestellt worden war (der Stiel!). Die sonderbaren Gefühle mit Spreizen und Ziehen an den Labien erklären sich dadurch, daß ein ungetreuer Liebhaber der Patientin vor Jahren sie und sich durch ähnliche Manipulationen mit den Fingern befriedigt hatte. — Sie wußte, daß die Anfälle kein wirklicher Koitus waren, nichtsdestoweniger war sie sich einmal, als sie auf dem Klosett stark pressen mußte, nicht klar, ob sie nicht geboren habe, und getraute sich nicht, das Klosett zu spülen, wofür sie getadelt wurde.

* * *

Nicht alle krankhaften Äußerungen der Schizophrenen lassen sich direkt in die Kategorie der Wünsche und Befürchtungen einreihen. Wenn eine Patientin erklärt, sie sei die Schweiz, oder eine andere einen Strauß ins Bett nehmen will, sie werde dann nicht mehr erwachen, so scheint das zunächst ganz unverständlich. Wir bekommen aber den Schlüssel zur Erklärung durch die Erkenntnis, daß die Kranken leicht Ähnlichkeiten wie Identitäten benutzen und unendlich viel mehr als die Gesunden in Symbolen denken, und zwar ohne jede Rücksicht darauf, ob ein Symbol im gegebenen Falle passend sei oder nicht[1]).

Es können die unwesentlichsten Teile einer Idee dazu verwendet werden, dieselbe zu repräsentieren. In dem ganzen Gedicht und der Geschichte der Kraniche des Ibykus spielt das „frei" (von Schuld und Fehle) eine sehr geringe Rolle. Das gibt nichtsdestoweniger der B. S. Anlaß, sich mit den Kranichen des Ibykus zu identifizieren, weil sie, wenn auch nicht frei ist, doch frei sein sollte.

Das letztere Beispiel zeigt noch in einer andern Richtung, wie sorglos die Kranken mit den Ideenverbindungen umgehen. Die Patientin ist zwar nicht frei, sie sollte nur frei sein; das hindert nicht, daß sie mit den Kranichen des Ibykus identifiziert wird, von deren Idee „frei" ein Teil ist. Auch von dem Plural wird ganz abgesehen; sie ist die Kraniche, obschon die Patientin sich selbst durchaus nicht im Plural denkt (vgl. oben die Patientin, deren Mann „die Schwarzen" genannt wird). Noch mehr, sie ist die Kraniche. Diese unangebrachte Kopula ist überhaupt bei den verschiedensten Kranken etwas sehr gewöhnliches. Manchmal

[1]) Vgl. Klipstein.

allerdings „bedeutet“ irgend ein Symbol für sie etwas anderes. Es ist aber oft die logische respektive grammatische Form, in der die in pathologischer Weise aneinander assoziierten Begriffe verbunden werden, ganz gleichgültig. Da liegt es sehr nahe, die Kopula zu verwenden; denn was man in solchen Fällen auszusagen hat, ist doch im wesentlichen eine Eigenschaft des Subjekts; der Kranke will frei *sein*; er *ist* groß usw. So drückte sich die früher genannte Braut Jehovas aus, sie sei „die Jehova“, bemerkte aber noch den Widerspruch mit der gewöhnlichen Sprechweise und korrigierte sich. Fräulein B. S., die die Kraniche des Ibykus ist, hat dieselben beim Eintritt in die Anstalt auch gesehen; sie waren ganz schwarz, das bedeutet Trauer über ihre Internierung. Sie möchte aus der Anstalt entlassen werden; Symbol für freie Passage ist ihr wie mancher andern Kranken der Schlüssel; sie möchte also den Schlüssel haben; sie kann ebensogut sagen, sie „stelle den Schlüssel“ fest, oder sie „sei der Schlüssel“. Sie „besitzt“ auch die Schweiz; und im gleichen Sinn sagt sie: „Ich bin die Schweiz.“ Sie könnte auch sagen: „Ich bin die Freiheit“, denn „Schweiz“ bedeutet ihr nichts anderes als Freiheit; in diesem Sinne sagen deprimierte Schizophrene von sich, sie seien die Sünde. Der Unterschied zwischen solchen Redeweisen bei Gesunden und Kranken besteht darin, daß sie von den ersteren als Metapher aufgefaßt werden, während sich den Patienten die Grenzen zwischen eigentlicher und uneigentlicher Rede verwischen, so daß sie die Dinge oft auch im buchstäblichen Sinne denken.

Eine besonders große Rolle spielen die Wortähnlichkeiten. Ein Kranker findet eine Leinenfaser im Essen. Die Laute „lein“ kommen auch in dem Wort „Feuerlein“ vor. Er kennt ein Fräulein Feuerlein. Man wollte ihm also zu verstehen geben, daß er mit ihr ein Verhältnis gehabt habe.

Manches Wort bezeichnet mehr als einen Begriff. So können verschiedene Begriffe via Wort miteinander verwechselt oder identifiziert werden (Haus als Gebäude und als Familie; Kreuz als Körperteil, als Gegenstand, als zeichnerische Figur; das symbolische Schwarz der Sünde und das optische Schwarz eines sichtbaren Gegenstandes).

Ein religiös Paranoider heißt Nägeli (das Wort ist das oberdeutsche Diminutiv von Nagel wie Nelke das niederdeutsche und bezeichnet sowohl die Blume wie einen kleinen Nagel). Christus ist ans Kreuz genagelt worden; also ist der Nägeli Christus, er ist auch angenagelt worden. Nägel brauche man aber auch zum Lieben. Er verehrt den Nagel, nicht das Nagelloch (ist von seiner Frau getrennt). Der Nagel ist das Symbol der Männlichkeit, das Nagelloch das des Weibes und des Geldes. In der Blumensprache heiße er deshalb Nägeli als Vertreter des Nagels. Das Weib stelle die Rose dar, die unbeständige verblätternde Blume. Deshalb heiße auch der Präsident von Amerika „Roosevelt“, d. h. der Rose die Welt, der heutigen Weltordnung entsprechend, die das Weib verehrt. Der Mann ist auch Adam, d. h. Odem, oder Morgen (die geringe Ähnlichkeit der letzten beiden Worte kann bei einem Schizophrenen voll genügen zur Identifikation), d. h. König des Tages oder durch die Blume gesprochen Nägeli. Die Rose ist gleich Eva, d. h. Abendruhe (evening) oder Königin der Nacht. (Man beachte auch die Identifikation nicht nur von Abend und Nacht, sondern von Abendruhe, einem abstrakten Begriff, und der Königin der Nacht.) Eva ist auch gleich „ivy“, das ist eine Schlingpflanze, d. h. ein Gift, d. h. Mitgift. Des Kranken Frau heißt

Mina, d. h. die meine. Alle diese Dinge gibt der Patient spontan zum besten, wenn man ihn nur anhört.

Der gleiche Patient bekämpfte den Mißbrauch des eidgenössischen Kreuzes als Reklamemittel. Einmal lag er wegen allerlei hypochondrischen Klagen mehrere Wochen im Bett, wo er sich aber ganz gut befand, „denn er lag ja auf dem Kreuz". Eine hypochondrisch angelegte Patientin bekam Kreuzschmerzen, wenn sie über einen Kreuzweg ging. Ein Paranoider glaubte Chloroform im Essen zu spüren: er wird von einer grünen Gestalt verfolgt (χλορός, forma).

Alltäglichen Anlaß zu krankhafter Symbolik geben auch die bildlichen Redensarten, die von den Kranken im eigentlichen Sinne genommen werden. Ein Patient, der sich wegen der finanziellen Zukunft seiner Familie ängstigte, wird in besserer Stimmung der Großkaufmann F., ein Riese, Rothschild, die ganze Welt dreht sich um ihn; er sieht, wie sich die Erde und die Bäume darauf drehen. Ein anderer beklagte sich, der Wärter habe ihm einen Schlag ins Gesicht gegeben. Die Untersuchung ergab nichts für den Wärter Belastendes; der Patient rechtfertigte sich: Wenn man einen zum baden wie ein Skelett ausziehe, so sei doch das ein Schlag ins Gesicht. Eine Patientin träumt, wie man ihr eine Matratze um sehr billigen Preis „abgedrückt" habe (d. h. sie hat sie verkauft), dann sagt sie: „Ich habe geschossen." (Zu beachten ist hier auch der ungenierte Wechsel des Subjekts: Sie hat zwar verkauft, aber der Käufer hat ihr die Matratze „abgedrückt", er müßte also derjenige sein, der geschossen hat; schießen = abdrücken). Ein heiratslustiger Schizophrene hat von einer Witwe einen Korb bekommen; das ärgert ihn, und er bildet den Wahn aus, es sei Sünde, daß er sie gefragt habe; er fühlt nun einen beklemmenden Druck auf der Brust: es sei, wie wenn jemand auf ihm sitzen würde; es sei möglich, daß es jene Frau sei; später ist er davon überzeugt, daß sie es ist. Er spürt dann auch, wie sie ihm mit Hülfe von Teufel und Spiritisten den Leib zusammenschnürt. Andere Patienten haben schwarze, erschreckende Stimmen, sehen ihr Schicksal als eine schwarze Wolke auf sich zukommen, sind als Sünder ganz schwarz, haben süße (angenehme) und saure (unangenehme) Träume, es kommt ihnen wie „Rebenspritzzeug" (Kalkwasser und Kupfersulfat) in den Mund, so bitter, d. h. sie bekommen den Zwang zu fluchen. Eine Paranoide „hat Zucker am nötigsten gegen die gallenbittern Weltbeschwerden". Ein Gelehrter hält sich für eine Scharade, weil er nicht versteht, was mit ihm geschieht. Ein (latenter) Hebephrene fällt namentlich dadurch auf, daß er Lärm macht, wenn irgend etwas Schwarzes herumliegt, er flucht und scharrt es beiseite: er hatte ein katholisches Mädchen heiraten wollen, die Schwarzen haben ihn aber daran gehindert; darum sein Haß auf alles Schwarze. — Ein Katatoniker sieht die „Sozialdemokratie als vorübergehende Erscheinung" durch den Saal gehen (Abraham — mündliche Mitteilung). — Eine Paranoide kann nicht schlafen, weil sie die Maitresse ihres Mannes auf dem Rücken tragen muß. — Eine Hebephrene beklagt sich über Postkutschen, die ihr vom Herzen weg unter der Haut herumfahren, dann auf die Straße kommen und dort verunglücken; die eine Kutsche ist grün; da ist die Königin von England darin, die ihr ihr Ich gegeben hat (die Königin von England spielt in den Größenwahnideen unserer Frauen oft die Rolle des höchsten für eine Frau Erreichbaren auf weltlichem Gebiete wie Maria auf religiösem und erotischem); sie hatte Hoffnung, Königin von England zu werden; diese ist aber verunglückt

und liegt noch am Wege. Zwei andere Wagen sind gelb; in diesen sind zwei falsche Geliebte, die verunglücken beim Kirchhof und liegen tot dort. — Einer Patientin hat man Geld in die Kasse getan, d. h. ihr „in Redensarten Goldstücke vorgeworfen". Sie identifiziert in einem andern Bilde die vorgeworfenen Goldstücke auch mit Schnee und diesen mit Sperma (Danae). — Eine religiöse Patientin hat die Illusion, die Krankenschwester stehe auf dem Kopfe: sie ist umgekehrt, d. h. eine Bekehrte, was die Patientin auch gern wäre. — Die Frau eines Potators wähnt sich in der Hölle, sie muß dem Teufel Kohlen schüren. — Ein junges Mädchen ist an einer Hochzeit, meinte aber, selbst Anspruch auf den Bräutigam zu haben; sie sah die Braut am Altar in Gestalt eines Hundes; der Priester, der traute, hat ihr in der Kirche etwas zu essen gegeben, darum kann sie nicht mehr arbeiten. Als sie aus der Kirche kam, rief sie Vorübergehende an: „Wir sind noch beide da", womit sie offenbar die noch bestehende Zusammengehörigkeit mit dem Bräutigam markieren wollte. — Die zweite Frau eines Witwers war überzeugt, daß die erste Frau ihres Gatten noch lebe; sie lebte aber nur im Herzen des Mannes.

Oft wird die Teilidee, die das Symbol vermittelt, nicht der Bezeichnung, sondern dem Begriff selbst entnommen. Wenn ein masturbierender Hebephrene, der normalen sexuellen Verkehr wünscht, im Gebirge den großen Bergstock so shocking findet, daß es zu einem Konflikt mit seinem Kameraden kommt, und er nach Hause reisen muß, so ist der Vergleich noch kaum krankhaft zu nennen; sicher ist aber krankhaft die Auffassung des Vergleiches im Sinne des wirklichen Geschlechtsteiles und die dementsprechende Reaktion. Vollständig in die Wirklichkeit umgesetzt wird eine Analogievorstellung in dem Falle einer Paranoiden, die mit ihrem Manne nicht zufrieden ist, sich von ihm verstoßen fühlt und sich darum für Genoveva hält. Für eine Katatonika bedeuten die Speisen, die von Hause kommen, die Freiheit und sind deshalb gut; die Anstaltsspeisen bedeuten die Einsperrung und sind deshalb schlecht. Ein schweizerischer Kranker hat Händel mit seiner Frau, die eine Berlinerin ist; das verallgemeinert er zu der Wahnidee, die Schweiz bekomme Krieg mit Preußen. — Eine Deutsche hat einen Schweizer geheiratet, der sie verlassen hat; sie verdiente sich ihr Brot namentlich durch Prostitution bei italienischen Arbeitern. Dieses Verhältnis gibt Anlaß zu der Wahnidee, verschiedene „Völkerschaften" kämpfen miteinander, und die Italiener nehmen die Deutschen in der Schweiz in Schutz. — Eine junge Tochter fürchtet wegen schlechter Aufführung die Vorwürfe der Eltern; sie halluziniert nun, daß sie bald von der Mutter, bald vom Vater totgeschlagen werde. — Einem Hebephrenen gibt sein Verhältnis zu einer Katholikin Anlaß, eine ihm unverständliche, aber sehr ernst und eindringlich klingende Stimme als Weisung von Gott aufzufassen, daß er berufen sei, die Spaltung zwischen Katholiken und Protestanten zu überbrücken, besonders durch sein Beispiel vorbildlich zu wirken (wobei er sich aber recht schlecht aufführte). — Wie eine bewußte Allegorie tönt es, wenn ein Mathematiker erzählt, daß ihm der große Riese Denk erschienen sei; den wollte Gott töten, er konnte es aber nicht, da wollte ihn das Volk töten: daß er selber der Riese Denk sei, zeigte sich bald nachher, da er als Riese Denk hätte von Gott getötet werden sollen. Gott „tauchte sehr groß auf". Patient war aber damals gerade so groß wie Gott und hat ihn in vierstündigem Ringkampf überwunden.

Hier ist auch der Vergiftungswahn anzuführen. Trotz seiner Häufigkeit haben wir seine Wurzel nur in einzelnen Fällen aufgefunden. Die einfache logische Ausdeutung unangenehmer Körperempfindungen oder des Zwanges in der Anstalt zu sein, „wo man ruiniert wird", wo das Essen den Bedürfnissen des Patienten nicht angepaßt ist, und die Pflege überhaupt als eine ungenügende oder schädliche angesehen wird, liegt beim Schizophrenen nicht so nahe, wie sie die gesunde Logik und wie die alltäglichen Erklärungen der Kranken zu ergeben scheinen. Diese Ideen sind bis jetzt noch nie an der Wurzel des Vergiftungswahnes gefunden worden, und wir wissen, daß zur Ausbildung des Wahnes ein affektiver Komplex nötig ist, der das „Ich" des Patienten viel stärker berührt als diese Unannehmlichkeiten. Hinter Zwangsgedanken mit Vergiftungsangst finden wir den Onaniekomplex; es liegt nahe, ihn auch hier herbeizuziehen; doch vernimmt man nicht selten Redensarten, wie: die Patienten haben sich durch Onanie vergiftet, oder „das Fleisch sei durch Ausschweifung vergiftet", ohne daß Vergiftungswahn dabei ist.

Die Fälle, die uns einen Einblick in einzelne Entstehungsweisen des Vergiftungswahnes gewährten, sind folgende:

Eine Paranoide ist eifersüchtig auf die Ärztin. Sie wird von ihr vergiftet, aber wie sie ausdrücklich hinzufügt, nicht im Essen, sondern mit Worten. Die Eifersucht gibt hier den Affekt; die Symbolik der „giftigen Worte" das Material zur Bildung der Wahnidee. — Eine andere Kranke hat Händel mit der Tochter, warum wissen wir nicht. Diese „tut ihr Gift ins Essen, weil sie so ein versalzenes Maul hat". Gleiche Genese wie oben, aber die Patientin ist einen Schritt weiter gegangen und findet das Gift wirklich im Essen, trotzdem die auslösende symbolische Redensart der Wahnidee noch anklebt. — Eine Hebephrene hatte einen Schatz, den sie liebt, aber nicht heiraten konnte. Später kam zum Liebeskomplex noch ein Bedürfnis nach Reichtum hinzu; sie machte sich Hoffnung, daß ein reicher Herr, der Kaffeehändler war, sie heirate. Er tat das nicht und wurde zum Verfolger. Nun wollte sie keinen Kaffee mehr trinken. Sie beklagte sich aber auch bald, daß man ihr die Milch vergifte, und trank auch keine Milch mehr. Sie erklärte das doppelt: die Leute sind neidisch auf sie, weil sie nun den Kaffeehändler heiraten kann, und tun ihr in die Milch Gift, das sie mit dem Geschmacke wirklich spürt; sie haben es ihr auch unmöglich gemacht, den wirklich Geliebten zu heiraten, durch ihr giftiges Reden; sie haben ihr das Verhältnis zum ersten Geliebten (die Milch) vergiftet. Die Kranke hat diese Erklärungen selbst gegeben, wie die oben erwähnten; sie unterscheidet dennoch nicht zwischen wirklicher und symbolischer Vergiftung; sie kann zur gleichen Zeit ganz gut arbeiten, beurteilt die Situationen und Personen, so weit sie nicht mit den Wahnideen zusammenhängen, richtig.

Ein Mann hatte ein Verhältnis mit der Frau eines Freundes und wurde zur Rede gestellt. Nun glaubte er sich überall verleumdet und „mit Gift bespritzt".

Auf mehr logischem Wege kommt ein anderer Patient zur Vergiftungsidee: er hat ein Konkurrenzgeschäft gegen einen reichen Verwandten gegründet, ist gescheitert, verlangt nichtsdestoweniger von demselben Unterstützung, bekommt sie nicht genügend; nun Wahnidee, der Verwandte habe seinen (verstorbenen) Vater getötet, weil dieser gewußt habe, daß der Verwandte ein Urning sei. Die Wahnidee benutzte er zu einem Erpressungsversuch und fürchtete dann die Gegenwehr des Angegriffenen mit Waffen und Gift, abstinierte in der Haft wegen Gift in den Speisen. — Der früher genannte Impotente, der seine Frau gerne los hätte, meint, seine Frau wolle ihn unter anderm auch mit Gift umbringen. Hier kann die Wahl des Mordmittels allerdings ein Zufall sein.

Im folgenden Falle handelt es sich auch um eine Vergiftungsidee, aber in ganz andern Sinne als bei der Vergiftung durch Feinde. Das Beispiel zeigt zugleich, wie die Verschiebungen die Bedeutung einer Idee verstecken können.

Eine verheiratete Patientin ist erkrankt, nachdem sie eine Sublimateinspritzung in die Scheide gemacht hatte, in der Hoffnung, dadurch eine Gravidität zu unterbrechen. Sie behauptete nun beständig, sie sei vergiftet, das sei ein furchtbares Unglück, klagt den Apotheker an, daß er ihr so viel Gift gegeben habe; der müsse bestraft werden. Sie hat im Konversationslexikon gelesen, daß bei Sublimatvergiftungen Blut im Rektum auftrete; sie hat nun die „Stereotypie", beständig den Finger ins Rektum zu bohren, um sich zu überzeugen, daß kein Blut da sei; alle Güte hilft so wenig dagegen wie Gewalt. Sie kann nicht beweisen, daß sie vergiftet sei; sie weiß keine Symptome anzugeben; dennoch läßt sie sich in langer Behandlung durch niemanden überzeugen, daß sie nicht vergiftet sei. Die Klagen kommen ganz stereotyp ohne weitere Assoziationen, obgleich man sonst mit der gebildeten Kranken über viele Dinge recht eingehend reden kann. Auch die Affektäußerungen stimmen nicht zur Vergiftungsidee; sie jammert einfach in bestimmten Worten, man begreift aber den Zusammenhang nicht. Ganz anders wird die Sache, wenn man sich einige Stunden Zeit nimmt, mit der Kranken zu reden. Die Assoziation an die Vergiftung wird dann beständig der Mann, den sie in einem Tone rühmt, wie wenn sie etwas zu tadeln hätte. Ihr Mann sei ein sehr lieber Mann, ein anständiger Mann, der beste Mann — alles in einem Tone, wie wenn ein „aber" käme. Das „aber" kommt indes nicht, sondern die in gleichgültigem Tone hingeworfene Bemerkung: „mein Bruder geht abends nicht aus". Der gleiche Gedankengang wiederholt sich viele Male in ganz stereotyper Weise. Hält man sie an diesem Thema fest, ohne etwas zu suggerieren, so zeigt sich, daß sie das, was sie negativ und im guten Sinne vom Bruder sagte, positiv und im schlechten vom Manne zu sagen hat; es kommt endlich heraus, daß der Mann in letzter Zeit lange ausgeblieben ist, und daß sie fürchtet, er sei ihr untreu. Deshalb und nicht weil sie sich vor der schweren Geburt fürchtet, wie sie angegeben hatte, wollte sie kein Kind von ihm. Hat man sie so weit, daß dieser ganze Komplex klar in ihrem Bewußtsein ist, und daß man wirklich mit ihr darüber reden kann, dann ist auch der Affekt ein ganz natürlicher, und man findet, daß Bruchstücke seiner Äußerung in die Klagen über Vergiftung eingegangen sind. Wer das erlebt und mehrere Male versucht hat, kann gar nicht mehr zweifeln, daß der Komplex, der die Krankheit zum Ausbruch brachte, und der nachher die Symptomatologie beherrscht, eben die befürchtete Untreue des Mannes ist; hinter diesem steckt wiederum das Gefühl, sie sei dem Gatten nicht schön genug, wozu einiger Grund vorhanden ist; sie hielt ihn von jeher für den schönsten Mann weit und breit, sie selbst aber ist wirklich nicht schön und hatte die Ehe mit ihm erzwungen, vielleicht ein wenig mit Hilfe ihres Geldes. Es wäre nun auch denkbar, daß die versuchte Abtreibung ihr Gewissen belastete, und daß deshalb die näherliegende Idee der Vergiftung die Affektbetonung erhalten hatte, die nötig ist, um eine so unsinnige Wahnidee daraus zu bilden. Ich habe aber nichts davon gefunden. Die Frau fühlt sich unglücklich, weil sie dem Manne mißtraut; auf der einen Seite entstand daraus die verzweifelte Furcht vor einer neuen Schwangerschaft, auf der andern ist ihr diese unerträgliche Vorstellung für gewöhnlich unzugänglich, während sich die Affektbetonung verschoben hat auf die erträglichere Wahnidee der Vergiftung[1]).

[1]) Der Fall ist in seiner Genese ganz analog dem früher publizierten einer Hysterica, die im Puerperium fürchtete, ihr Mann möchte sie verlassen, dann die nahe liegende Wahnidee bekam, ihr Kind sei gestorben, und ihren ganzen Affekt auf dieses Ereignis konzentrierte, während die Differenz mit ihrem Manne vollständig aus ihrem Gedächtnis geschwunden war (72).

Die „Affektbesetzung", wie Freud den Zusammenhang nennt, ist also bei unserer Schizophrenen von der Untreue des Mannes auf die Sublimatinjektion „verschoben" worden, wodurch diese zur Wahnidee werden konnte; die Idee der Vergiftung ist eine „Deckidee" für die Idee der Untreue.

Durch die Verschiebungen entfernen sich die Wahnideen oft recht weit von ihrem Ausgangspunkt, und es wäre meist ganz unmöglich, diesen noch zu erkennen, wenn nicht die Patienten die ursprüngliche Idee immer neben den neuen Ausarbeitungen derselben beibehalten würden, oder wenn man nicht die Entwicklung verfolgen könnte. Allerdings gibt es noch genug Fälle von hochgradigem Assoziationszerfall, wo wir noch nicht zu folgen vermögen.

Eine Patientin hat den (unbewußten) Wunsch, mit dem Vater sexuell zu verkehren, und drückt ihn durch die Wahnidee aus, der Vater wolle sie töten. Dem Vater assoziiert sie die Mutter und setzt sie schließlich an Stelle des Vaters. Der ursprüngliche Wunsch erscheint also zuletzt als Wahnidee, die Mutter wolle sie töten. Viel weiter geht die Verschiebung bei der früher erwähnten Patientin, die ein Mann ist und einen Hoden hat, was via Christus heißt, daß sie einen Pfarrer liebt. Eine andere Patientin hat die nämliche ursprüngliche Wahnidee. An Stelle des Pfarrers werden sukzessive der Heilige Geist, Gott Vater und namentlich Christus gesetzt, der seinerseits wieder durch das Lamm vertreten wird. Zum Lamm gehört der Schafbock. „Ich bin ein Bock" heißt also in diesem Falle ursprünglich: „Ich habe meinen Pfarrer bekommen." Wie weit die Patienten solche Ausdrücke wirklich nur symbolisch zur Bezeichnung der ersten Wahnidee brauchen, läßt sich nicht immer entscheiden. Sicher ist, daß sie den neuen Ausdruck der Wahnidee oft wörtlich nehmen, also eine neue Wahnidee gebildet haben (in der Regel ohne die alte aufzugeben), aber auch, daß die Auffassungen in dieser Beziehung bei den meisten Kranken wechseln, so daß der verschobene Ausdruck bald mehr symbolisch im Sinne der ersten Idee, bald im eigentlichen Sinne als neue Wahnidee gebraucht wird. Doch sind für den Kranken die Unterschiede der beiden Denkweisen nicht so groß wie für den Gesunden.

Eine recht häufige Art Verschiebung ist die, daß in einen erotischen Wahn nach bestimmten Analogien andere Personen eingesetzt werden: die Kranke liebt den „Direktor" einer Fabrik; in der Anstalt wird dieser durch den „Direktor" der Anstalt ersetzt; dieser ist ein Arzt, also wird er durch die anderen Anstaltsärzte vertreten. Meist werden diese verschiedenen Personen zugleich mehr oder weniger in eine einzige verdichtet; oder: Ein Mädchen liebt einen Studenten der Theologie, der die Neigung nicht erwidert; sie sucht nachher vergebens einen andern Theologen zu heiraten, schließlich heiratet sie den Bruder des ersten Geliebten, in dem sie nur diesen verehrt; sie wurde erst nach Jahr und Tag deutlich schizophren[1]).

Gar nicht selten wird die Verschiebung durch affektive Gründe bedingt, am häufigsten wohl so, daß eine höchst unangenehme Idee ersetzt wird durch eine weniger unangenehme. Leider überträgt aber dann der Patient den ursprünglichen Affekt auf die neue Idee, so daß er wenig Nutzen von der Ver-

[1]) Solche Heiraten aus Verschiebung oder, was hier ungefähr das gleiche ist, als Symbolhandlungen, sind bei Gesunden nicht selten.

änderung hat. Einer unserer Katatoniker war manifest erkrankt, nachdem er auf einen Eisenbahnzug aufgesprungen, der sich schon in Bewegung gesetzt hatte. Er meinte nun, von den Eisenbahnen verfolgt zu werden, alle Bahnsignale deutete er auf sich usw. Es stellte sich aber heraus, daß der Patient sich andere Vorwürfe zu machen hatte, die ungleich wichtiger waren als jene Übertretung: er hatte sich mit Kaninchen sexuell vergangen, und das neue („auxiliäre") Trauma hatte durch die wenn auch geringe Analogie die schlummernde Versündigungsidee geweckt und sich an deren Stelle gesetzt. Solche Verschiebungen können sich natürlich auch nach Ausbruch der Krankheit vollziehen. Es ist z. B. etwas Ähnliches, wenn der Patient glaubt, unreine Hände zu haben, statt sich moralisch unrein zu fühlen.

Eine andere Art Entstellung der Wahnideen ist die Verdichtung. Wir haben schon gesehen, daß sehr leicht der Geliebte mit dem gemeinsamen Kind in eine Person verschmilzt. Der Prozeß kann noch viel weiter gehen, indem irgend ein Wahnbegriff das ganze Wahnsystem in sich faßt. Einer unserer Kranken, bei dem Frauen mit kurz geschnittenen Haaren eine große Rolle spielen, sah in der Anstalt ein Mädchen mit dieser Haartracht, die noch dadurch besonders auffallend wurde, daß dasselbe stereotyp den Kopf schüttelte. In kurzer Zeit wurden alle seine Wahnpersonen und das ganze komplizierte Wahngebäude, das er sich in etwa 20 Jahren geschaffen, mit dem Mädchen verdichtet, so daß es ihm alle jene Personen und zugleich den ganzen Wahnkomplex repräsentierte.

Die Anwendung der Freudschen Erklärungsprinzipien ist nicht so einfach, wie die fragmentarisch angeführten Beispiele vielleicht vermuten lassen. Eine Komplikation bildet z. B. oft die „Überdeterminierung" der psychischen Gebilde. Wenn ein Schweizer mit seiner preußischen Frau Händel hat, so braucht er deshalb noch nicht die Wahnidee zu bilden, daß Preußen mit der Schweiz Krieg führe, dazu müssen andere Determinanten mitbestimmend wirken. Um einen Punkt im Raume zu bestimmen, muß er in drei Dimensionen fixiert sein. Um ein psychisches Gebilde so zu determinieren, daß nichts anderes gedacht werden kann, braucht es eine unabsehbare Menge Bestimmungen. Die „Überdeterminierung", die viele „Deutungen" des gleichen Symptoms verlangt, hat Freuds Traumdeutung sehr in Mißkredit gebracht: sie wird auch ein Hindernis sein für die Annahme der Erklärungen der schizophrenen Symptome, und doch erweist sie sich bei genauerem Zusehen als eine Selbstverständlichkeit: eine Menge von „Konstellationen", von Dispositionen und Anlässen müssen vorhanden sein, bis gerade der zu analysierende Gedanke in allen seinen Nuancen zustande kommt[1]).

Um die Überdeterminierung in ihren Komplikationen zu zeigen, müßte man Monographien über einzelne Krankheitsfälle schreiben. Außer den wenigen, früher angeführten Beispielen, wo die gleiche Wahnidee mehr als eine Wurzel

[1]) Vergleiche auch die mit Recht als selbstverständlich hingenommene Vieldeutigkeit der Symbolik in der katholischen Kirche. Überhaupt bietet die mittelalterliche Denkweise sehr viele Vergleichspunkte mit der Schizophrenie; auch sie hatte sich autistisch von der Wirklichkeit abgewandt, auch ihr war das Denkresultat nicht das Ergebnis einer logischen Operation, sondern es war affektiv zum voraus festgestellt, und die Logik kam nur so weit zur Geltung, als sie zu dem gewünschten Ende führte. Das „Homo Dei" im menschlichen Gesicht könnte ganz gut von einem modernen Schizophrenen herausgeklügelt sein.

hatte, sei nur noch an Jungs B. S. erinnert; sie ist die Kraniche des Ibykus nicht nur, weil darin das Wort „frei" vorkommt, sondern auch, weil das Gedicht den Ausdruck „frei von Schuld und Fehle bewahrt die kindlich reine Seele“ enthält, den sie auf sich bezieht. (In solchen Fällen kann auch die eine Auslegung nachträglich von der Patientin zur ursprünglichen Idee hinzu gemacht worden sein.)

Manchmal tritt die Neigung zur Symbolisierung auch in symbolischen Handlungen zutage, und dazu ist bei der schizophrenen Dissoziation nicht einmal nötig, daß ein für den Patienten wichtiger Komplex ausgedrückt werde. Eine Kranke wollte über den Zaun steigen; als es ihr verboten worden war, erfand sie verschiedene Ausreden, wenigstens die Füße auf den Zaun zu stellen, sie löste die Schuhriemen auf und band sie wieder u. dgl.[1]).

Eine andere Patientin stellte sich auf die Zehen, wenn sie sagte, die und jene sei ihr zu gemein, sie selbst sei zu gut für das usw. — Eine Katatonika, die aus dem Untersuchungsgefängnis gekommen war, hatte sich vor mir gefürchtet; bei Gelegenheit erklärte sie, sie fürchte mich nun nicht mehr und rückte gleichzeitig möglichst nahe zu mir. — Eine Katatonische kommt aus dem Urlaub, sehr betrübt, daß es draußen nicht gegangen war. Als sie auf die Abteilung gehen soll, sagt sie dem Arzt und der Oberwärterin Adieu statt der Mutter. — Ein wichtiger Komplex verbarg sich hinter einer solchen Handlung (die allerdings mit einer Deckidee verbunden war) bei einer Katatonischen, die im ganzen Saal ihre Geldtasche suchte mit der Erklärung, sie müsse sie haben, weil die Leute auf den Zug gehen müssen. Der eigentliche Grund war aber wohl der, daß sie sich um ihr Vermögen kümmerte, da der Mann am Sterben und sie in der Anstalt versorgt war. Eine Paranoide zerriß Papier in kleine Fetzen und warf es in den Abtritt; sie hatte auch sonst die Neigung, kleine Läppchen zu machen: es seien das ihre Gedanken.

Die Neigung zu symbolischen Handlungen kann den Patienten so beherrschen, daß er draußen deswegen unmöglich wird. Eine unserer Hebephrenen mußte zweimal in die Anstalt gebracht werden, weil sie u. a. Ruten von einem Quittenbaum schnitt, um anzudeuten, daß sie quitt ist mit dem Pfarrer: die Ruten warf sie in den Bach, das sind die Sünden, die werden ins Meer getragen; sie lief singend mit einem Unterrock und anderen Symbolen auf einer Stange im Dorf herum, um das Verhältnis des Pfarrers zu bestimmten Frauen anzudeuten usw.

Beziehungen der Schizophrenie zum Traum.

Bei unseren Untersuchungen sind uns an den verschiedensten Stellen Analogien der Krankheit mit dem Traum begegnet, eine Erscheinung, die nicht ohne Bedeutung sein kann. Im Traum gibt es eine ganz ähnliche Dissoziation des Denkens: die Symbolbildungen, die Verdichtungen, die Herrschaft der Gefühle, die selbst oft versteckt bleiben, die Wahnideen, die Halluzinationen, alles finden wir in beiden Zuständen auf gleiche Weise. Die Analogie wird zur Identität in den Fällen, wo die Kranken ihre Traumhalluzinationen wie wirkliche behandeln, ihre Wahnideen im Traume bilden und im Wachen daran festhalten[2]). Wie viele Traumwahnideen in der Schizophrenie

---

[1]) Ähnliches kann man bei Kindern sehen, denen man etwas verbietet.

[2]) Es kommt vor, daß ein Schizophrene jahrelang nur im Traume Halluzinationen produziert, die sich durch ihre Verifikation und ihren einheitlichen Inhalt als pathologisch erweisen, dann gleichwertige im Halbschlaf, und erst nach Jahren auch im Wachen.

vorkommen, wissen wir nicht; sicher ist nur, daß Wahnideen — aber nicht alle — im Traum gebildet werden, und daß traumhaftes und schizophren-autistisches Denken für unsere jetzigen Untersuchungsmittel im wesentlichen identisch sind[1]).

Es mag hier auch angeführt werden, daß die Träume der Schizophrenen sich, so weit wir sie bis jetzt analysiert haben, nicht von denen der Gesunden unterscheiden. Für längere Analysen, die sich auch bei ihnen machen lassen, ist hier kein Raum; ich will nur den Fall erwähnen, wo ein Hebephrene sich die Neckereien eines andern recht gutmütig gefallen ließ, dann aber in der Nacht darauf träumte, der Quälgeist bekomme Prügel. In einzelnen Fällen kam die Bedeutung des Traumes den Patienten direkt zum Bewußtsein; sie gaben spontan Freudsche Analysen. Wir sehen also auch da die krankhafte Vermengung von verschiedenen Gedankenreihen.

Der einzige Unterschied der schizophrenen Erscheinungen vom Traum, den ich bis jetzt nennen könnte, besteht in ihrer stärkeren Spaltung der Persönlichkeit. Der Träumende ist meist ganz von einem Komplex oder einer einheitlichen Mischung von Komplexen beherrscht. Ferner registriert der Schizophrene doppelt, oder vielleicht, wenn er mehrere selbständige Komplexe hat, auch mehrfach im Sinne der Wirklichkeit und im Sinne der Wahngedanken. Der Träumende registriert, so viel wir wissen, die Wirklichkeit als solche nicht oder nur in Bruchstücken. Der Unterschied braucht aber kein prinzipieller zu sein. Denn es gehört zum Wesen des Schlafes, sich gegen die Außenwelt möglichst abzuschließen. Und vollständig ist dieser Abschluß auch nicht. Viele registrieren die Zeit im Schlafe besser als im Wachen. Die Mutter erwacht beim leisesten Seufzer des kranken Kindes, nicht aber bei starken anderen Geräuschen; sie wählt also aus, unterscheidet Vorgänge in der Wirklichkeit.

So wäre es trotz der verschiedenen Genese und trotz dieses kleineren Unterschiedes doch möglich, daß sich die bis jetzt bekannte sekundäre Symptomatologie der Schizophrenie ganz mit der des Traumes deckt.

Man hat auch andere Delirien mit den Träumen verglichen. Namentlich Franzosen haben geradezu eine besondere Klasse von „onirischen Delirien" aufgestellt und diese Klasse als eine ätiologische Gruppe der Intoxikationspsychosen auffassen wollen. Das Prototyp dieser Krankheiten, das Delirium tremens, das schon vor Dezennien in Frankreich als ein verlängerter Traum aufgefaßt worden ist, kann aber bei genauerem Zusehen nicht wohl mit einem Traume verglichen werden, obgleich beide Erscheinungen äußerlich durch die Gesichtshalluzinationen beherrscht sind. In den typischen Fällen des Alkoholdelirs ist die Symbolik nicht erkennbar. Ferner ist der Delirant zu häufig bloßer Zuschauer der Halluzinationen, die ihn als Merkwürdigkeit interessieren, aber nicht weiter angehen. Das kommt wohl beim Traum nicht vor. Die verschiedenen Arten von Fieberdelirien scheinen mehr Ähnlichkeit mit den Träumen zu haben; sie sind aber noch zu wenig studiert, um hier in Betracht gezogen zu werden. Die meisten Fieberdelirien, die ich gesehen, konnte ich leicht von der Schizophrenie unterscheiden.

---

[1]) Es ist merkwürdig, wie Pilcz und Lasègue finden können, daß „paranoische Kranke" (nach unserer Nomenklatur meist Schizophrene) nicht von ihren Wahnvorstellungen träumen (Kraepelin 388, I., S. 153), während wir mit unseren Beobachtungen durchaus nicht allein stehen: Kahlbaum, Kraepelin (vgl. A. Bd. 18, S. 222), Sante de Santis, v. Krafft-Ebing haben die gleichen Beobachtungen gemacht wie wir, und einer unserer Patienten formulierte spontan die auch anderen Kranken vielfach bekannte Tatsache mit den Worten: „Das Traumleben der Menschen ist identisch mit der Stimmensphäre der Geisteskranken."

9) Die katatonen Symptome.

1. Allgemeines.

Bis jetzt gibt es keine annehmbare Erklärung der katatonen Symptomenreihe. Es ist zwar leicht zu sehen, daß Analogien dazu bestehen in den Handlungen des Gesunden, die neben dem Gebiet einer konzentrierten Aufmerksamkeit ablaufen. Man dreht während einer Rede einen bestimmten Knopf, zeichnet während gespannter Aufmerksamkeit stereotype Figuren; Newton blieb einen Tag lang in ein Problem versunken mit dem Strumpf in der Hand auf seinem Bettrand sitzen. Man ist geneigt, einem einfachen Befehl automatisch zu gehorchen, wenn die Aufmerksamkeit in anderer Richtung fixiert ist. Dennoch kann man diese Symptome bei der Schizophrenie nicht auf eine bloße Aufmerksamkeitsstörung zurückführen, schon deshalb nicht, weil sich eine solche gar nicht immer nachweisen läßt. Zu erwähnen ist der merkwürdige Versuch Alters, einen Teil der katatonen Symptome aus der „auslöschenden Wirkung der Aufmerksamkeit“ (also nicht aus einer Herabsetzung derselben) zu erklären. Negativismus, Automatismen, Stereotypien sind nach ihm zum Teil psychisch, zum Teil motorisch bedingt. Der intrapsychische Vorgang ist so aufzufassen, „daß in den entsprechenden Fällen gemäß einer sejunktiven Störung, die wohl in der Norm mit einem starken Bewußtseinswert ausgestattete Kongruenz der räumlichen Komponente der Bewegungswahrnehmung mit der des Bewegungswillens nicht zustandekommt, und infolgedessen der korrekte Abschluß einer vollzogenen Bewegung nicht bewußt wird ....“ — Lundborg meint, die psychischen Symptome der Katatonie kommen von Insuffizienz der Thyreoidea, die motorischen von Insuffizienz der Parathyreoidea; für mich hat er diese Auffassung nicht einmal möglich, geschweige wahrscheinlich gemacht. — Schuele (680) bringt kataleptiforme Zufälle (Raptus, Abstinenz, Mutismus) mit Onanie oder Uterinleiden in Verbindung, während die Wernickesche Schule die hyperkinetische Motilitätspsychose den häufigsten Typus der Menstrualpsychose nennt. Allerdings ist es nicht unwahrscheinlich, aber auch nicht bewiesen, daß die katatonen Symptome mehr Beziehungen zur Sexualität haben als andere sekundäre Erscheinungen der Schizophrenie.

Es ist anzunehmen, daß die katatonen Symptome keine einheitliche Gruppe bilden. Zum Teil werden sie wohl nur dadurch zusammengehalten, daß die meisten derselben ein Zeichen stärkerer Intensität der Krankheit sind. Doch kommen z. B. Zwangshandlungen auch bei ganz leichten Formen vor; wir können sie aber nicht wohl von den anderen katatonen Automatismen trennen.

So fehlt uns ein einheitlicher Gesichtspunkt für die Betrachtung der Genese aller katatonen Erscheinungen.

2. Stupor.

Da wir das äußere Bild des Stupors nicht als ein einheitliches Symptom betrachten, sei auf die Aufzählung seiner verschiedenen Ursprünge hingewiesen (S. 152). Außerdem macht durch Ödem von Pia und Hirn oder eine andereArt von Hirnschwellung entstandener Hirndruck stuporartige Erscheinungen. Daß aber eine allgemeine Erschwerung der Hirnvorgänge bei Stupor nicht vorhanden sein muß, beweisen die früher erwähnten Untersuchungen von Groß mit der Schriftwage.

3. Der Negativismus.

Die bisherigen Theorien über die negativistischen Erscheinungen sind unrichtig oder ungenügend, wie ich glaube bewiesen zu haben[1]). Der Negativismus

[1]) Psychiatr.-neurolog. W. S. 1910/1911.

ist z. B. nichts so Einfaches, daß er sich von der Motilität aus erklären ließe, ganz abgesehen davon, daß primäre motorische Störungen bei der Schizophrenie noch nicht nachgewiesen sind. So kann zur Zeit eine fertige Theorie nicht aufgestellt werden, aber als Bausteine einer solchen mögen folgende Bemerkungen dienen.

Das Verhältnis der Schizophrenen zur Außenwelt ist ein anderes, im großen und ganzen feindliches geworden. Die Patienten leben in ihrer autistischen Welt. So läßt sich denn in manchen Fällen direkt nachweisen, daß sie alle Reize von außen, die sie nicht absperren können, als unangenehme Störungen empfinden. Daraus entspringt negativistisches Verhalten.

Neben dem autistischen Bedürfnis, mit seinen Gedanken und Gefühlen allein zu sein, fordert der Berührungsschmerz der Lebenswunde, die jeder schwerere Schizophrene mit sich herumträgt, die Abweisung mancher äußerer Einflüsse. Wenn man bei der Analyse oder sonstwie den Komplex berührt, wird mancher Patient für längere Zeit negativistisch. Fragen, die den Komplex betreffen, werden bei den Kranken noch viel häufiger als bei Gesunden zunächst negativ beantwortet. Man kann es nach Analogie unseres gewöhnlichen Verhaltens bei körperlichen Schmerzen als selbstverständlich ansehen, daß nicht nur die geschehene Berührung, sondern auch die mögliche gefürchtet wird, woraus sich der andauernde Negativismus erklärt. Wir sehen übrigens auch bei Gesunden, namentlich bei Kindern, daß sie deutlich allgemein negativistisch werden, wenn sie einen Schmerz haben, den man nicht lindern kann.

Zur Abwehr fordert auch das allgemeine Verhalten der Umgebung heraus, das ja, von Seite des Patienten gesehen, ein durchaus feindliches ist (Einsperrung, Nichtberücksichtigung der wichtigsten Wünsche usw.). Wir sehen deshalb den Negativismus zu- und abnehmen mit dem Widerstand von Seite der Umgebung.

Es kommt hinzu, daß die Kranken vermöge ihrer Denkstörung die Außenwelt nicht genügend verstehen. Sie haben also den gleichen Grund, blindlings zu widerstreben, wie manche Epileptische im Dämmerzustand, wie erschreckte Kinder und Tiere. Auch dieser Ursprung des Negativismus läßt sich in manchen Fällen deutlich sehen.

Gibt es wirklich schizophrene Motilitätsstörungen, so müssen auch diese allen Verkehr mit der Außenwelt unerwünscht machen. Sicher aber sind viele Kranke deshalb abweisend, weil ihnen alles Denken und Handeln Mühe macht.

Auch die Sexualität spielt mit. Es gibt keinen Affekt, der schon normaliter so sehr ambivalent wäre wie der sexuelle (namentlich beim weiblichen Geschlecht der Menschen und Tiere). Wir sehen denn auch bei negativistischen Äußerungen recht oft deutlich sexuelle Mimik, bald verbunden mit Entrüstung, bald in verschämter Weise, je nachdem die Empfindung der Annäherung eine mehr oder weniger große Lustkomponente besitzt.

Der Schritt vom gewöhnlichen Verhalten zum negativistischen erscheint nicht so groß, wenn man sich klar macht, daß jede positive Strebung auch eine negative Komponente in sich hat und umgekehrt (vgl. Theorie der Ambivalenz). Es braucht also ein nur relativ kleines Übergewicht, um die Wage nach der andern Seite ausschlagen zu lassen.

Gerade da, wo wir eine stark ausgebildete positive Suggestibilität finden, ist als Gegensatz oder als mehr oder weniger bewußte Schutzmaßregel auch die

negative Suggestibilität stark entwickelt (Kinder, Hysterische, Senile). Bei Schizophrenen konstatieren wir in der Befehlsautomatie einen krankhaften Grad der Suggestibilität, es ist also zu erwarten, daß auch die negative Suggestibilität bei ihnen eine hochgradige sei. Daß sie aber oft überwiegt, dafür sorgen die zuerst genannten Fälschungen des Verhältnisses zur Umgebung.

Daß der passive Negativismus in den aktiven übergeht, ist selbstverständlich; man muß sich im Gegenteil der Torpidität der Schizophrenen bewußt sein, um nicht das häufige Vorkommen des bloß passiven Negativismus auffällig zu finden. Wer widerstrebt, auf Befehl den Mund aufzumachen, beißt unwillkürlich die Kiefer aufeinander; und auch in komplizierteren Dingen macht man aus guten Gründen gerne gerade das Gegenteil von dem, wozu man gezwungen werden sollte. Der aktive Negativismus im Sinne des Dreinschlagens ist natürlich erst recht verständlich: der Angriff ist instinktiv und bewußt die beste Abwehr.

Unsere Auffassung macht es auch ohneweiters begreiflich, daß sich der Negativismus oft nur bestimmten Personen gegenüber äußert. Diese Personen sind meist die Ärzte, die Wärter, eventuell Angehörige, von denen der Widerstand ausgeht, oder die mit den Komplexen in Verbindung stehen. Die Nebenpatienten, mit denen man in oberflächlicher Berührung steht, reizen nur dann zum Negativismus, wenn der Versuch gemacht wird, sich vollständig einzuspinnen.

Wie der Bruch mit der Außenwelt den äußeren Negativismus hervorbringt, so der innere Zwiespalt den inneren. Bei Gesunden, die von verschiedenen Trieben hin- und hergerissen werden, sehen wir das Symptom ganz deutlich. Bei der Zerklüftung der schizophrenen Psyche muß es viel öfter und stärker in die Erscheinung treten. Die Patientin kann so gespalten sein, daß sie, während sie ungeniert ihr Gelüsten an einer für andere bereit stehenden Speise befriedigt, gleichzeitig mit Worten sich rechtfertigt, sie nehme nichts.

An der Wurzel des rein intellektuellen Negativismus haben wir mit anderen eine allgemeine Neigung zu Kontrastassoziationen gesucht. Sie läßt sich aber nicht nachweisen. Dafür haben wir bei Besprechung der intellektuellen Ambivalenz gesehen, wie nahe die Antithese der These steht, und bei dem Unbehagen, mit dem viele Patienten ihr eigenes Denken betonen, bei der Unklarheit der inneren Vorgänge, bei der Notwendigkeit, die Dinge anders als gewöhnlich anzusehen und sich vorzustellen, ist es selbstverständlich, daß oft statt eines Gedankens oder statt bestimmter Worte ihr Gegenteil zum Vorschein kommt. Die früher erwähnten affektiven Gründe begünstigen das Auftreten des Kontrastes statt der primären Vorstellung; da sie aber die intellektuellen Vorgänge nicht so stark beeinflussen wie den Willen, so ist es verständlich, daß der intellektuelle Negativismus viel seltener und namentlich lange nicht so konsequent ist wie der des Willens. Doch glaube ich, daß wir noch eine Wurzel desselben zu finden haben, die uns auch erklärt, warum z. B. im Traum geradezu mit Vorliebe eine Idee durch ihr Gegenteil dargestellt wird.

Daß viele Wahnideen und Halluzinationen, wenn nicht zu Negativismus, so doch zu negativistischem Benehmen führen müssen, ist selbstverständlich. Doch ist oft der Zusammenhang ein umgekehrter, indem z. B. Halluzinationen durch den Negativismus determiniert werden.

4. Die motorischen Symptome.

Beobachtungen, die zwingend auf eine Entstehung motorischer Symptome in spezifisch veränderten motorischen Rindenzentren oder an noch periphererer Stelle hinwiesen, sind noch nicht publiziert worden. So stehen auch die Lokalisationsversuche, die gerade hier am häufigsten gemacht worden sind, in der Luft. So weit wir wissen, sind alle motorischen Symptome in Entstehen und Vergehen von psychischen Einflüssen abhängig. Diejenigen, die man analysieren kann, lassen sich oft restlos auf psychischem Wege erklären. Dennoch ist es nicht auszuschließen, daß irgendwo im motorischen Apparat Alterationen vorkommen, die einen Teil der Symptome hervorbringen oder die dazu nötige Disposition schaffen (man denke an die erhöhte Erregbarkeit der Muskulatur). Es ist uns aber noch nicht gelungen, Spuren davon zu finden und z. B. den primären Zerfall der Assoziationen in der Motilität nachzuweisen.

Meynert hielt gemäß seiner Theorie vom Antagonismus der höheren und tieferen Zentren diejenigen Störungen, die man als Reizsymptome auffassen kann, für eine Folge der gesteigerten Tätigkeit subkortikaler Zentren bei kortikaler Schwäche (473, S. 193). Die Theorie ist 1898 von F. Lehmann wieder aufgegriffen worden. Demgegenüber muß ich betonen, daß bis jetzt, ganz abgesehen von den Schwächen der Meynertschen Ernährungstheorie, noch nicht ein Wahrscheinlichkeitsgrund angeführt worden ist, der uns veranlaßte, bei unserer Krankheit auf die Tätigkeit subkortikaler Zentren zu rekurrieren. Choreatische, athetotische, tetanische Erscheinungen sind etwas ganz anderes als die motorischen Symptome, die der Schizophrenie angehören. Auch die Bewegungen der Idioten habe ich noch nie mit katatonen verwechselt; sie haben ihren Zweck offenbar in sich, sie sind ein Ausdruck der uns allen innewohnenden Bewegungsfreude. Ich möchte nun nicht sagen, daß die gleichen Bewegungen nicht gelegentlich einmal bei der Schizophrenie vorkommen könnten, es hat ja auch mancher nicht imbezille Rentier die Stereotypie, die Daumen umeinander zu drehen. Aber der Schizophrenie gehören solche Bewegungen nicht an. Ebensowenig die Rhythmen. Doch geben unsere Beobachtungen der Ansicht von Fauser und Kraepelin (397) recht, daß bei der Katatonie die natürliche Neigung zu Rhythmen ungehemmt zum Vorschein kommen könne — aber nur in dem Sinne, daß eben der Katatoniker zuweilen Rhythmen benutzt, wo der gesunde sie unterdrücken würde. Der Zurückführung eines großen Teiles der schizophrenen Motilitätsäußerungen auf angeborene Mechanismen widerstrebt die Symptomatologie sehr bestimmt.

Am eingehendsten hat Schuele (679) die Motilitätsstörungen studiert. Trotz seiner glänzenden Beschreibung kann ich aber seinen Unterscheidungen nicht folgen. Etwas, was man Krämpfe nennen könnte, sehe ich fast nie; wohl aber beobachten wir Zwangsbewegungen, aber sie entsprechen nicht der Schueleschen Beschreibung; diese schildert Bewegungen, die wir zum größten Teil den Stereotypien zuteilen würden. Psychisch-reflektorische und zerebral-reflektorische Bewegungen vermag ich nicht zu unterscheiden. Eine einfach tonische Kontraktur ist mir noch lange kein „plump muskuläres" Symptom. Schuele spricht auch von einer Änderung der muskulären Molekularkonstitution bei Flexibilitas cerea; ich weiß nicht, worauf sich die Annahme stützt.

Schuele und Wernicke leiten auch gewisse Sonderbarkeiten der Haltung und ähnliches von Parästhesien oder im speziellen von „Störungen im Bewußtsein der Körperlichkeit" her. Man kann aber diese Parästhesien meist nicht finden. Tikartigen Bewegungen können sie allerdings zugrunde liegen, doch gehören solche nicht direkt der Katatonie an[1]).

[1]) Kraepelin (388, II., S. 761/2) kennt bei Phobien Ticks, die Symbole sind; diese haben dann die gleichen Mechanismen wie katatone Stereotypien.

Wernicke kann die dauernden Muskelspannungen nicht mit Willenstätigkeit in Beziehung bringen. Gewisse Bewegungen nennt er „pseudospontan", was wohl nur einen negativen Begriff bezeichnen kann, d. h. etwas, was weder spontan noch automatisch ist. Die Flexibilitas ist ihm der spezifische Rindenreflex auf passive Bewegungen. Anton (19) bringt die katatone Steifheit in Zusammenhang mit der Steifheit bei Exstirpation des Großhirns. Alter findet eine spezifische Erkrankung der Träger der Storchschen Stereopsyche[1]).

Kleist unterscheidet mehrere Arten von Bewegungsstörungen, die er in besondere Hirnbahnen verlegt. So weit ich katatonische Bewegungsstörungen analysieren konnte, waren sie immer abhängig von psychischen Einflüssen, und wenn, was ja vorkommt, bestimmte Symptome auf eine stärkere Lokalisation des Prozesses in einer bestimmten Hirnpartie hindeuteten, so hatten diese Erscheinungen niemals katatonen Charakter, sondern den der gewöhnlichen Herdsymptome; speziell sind die schizophrenen Sprachsymptome (Mutismus, Verbigeration, Manieriertheit, Neologismen) von den aphasischen Störungen prinzipiell verschieden. Eine Alteration des „Stirnhirn — Kleinhirnsystems" habe ich auch einmal bei einer Katatonischen auftreten sehen; die Purkinjeschen Zellen waren zugrunde gegangen und die Corpora caudata atrophiert. Die dadurch erzeugten Bewegungsstörungen unterschieden sich aber auf den ersten Blick von denen der übrigen 400 schizophrenen Anstaltsinsassen. Von „choreatischen" Störungen, die der Schizophrenie angehören, habe ich bei gewiß intensiv wie extensiv nicht geringer Erfahrung nie eine Spur gesehen. Wenn die Wernickesche Schule von solchen spricht, so ist das nur deshalb möglich, weil sie sich einen Begriff von choreatischen Bewegungen gemacht hat, der über das hinausgeht, was man bei den Choreaformen sieht. Die Lokalisation in einzelne Muskelgruppen läßt sich anatomisch lange nicht so einleuchtend begründen wie psychisch, ganz abgesehen davon, daß in manchen einzelnen Fällen die psychische Genese zu beweisen ist. Ein Schnauzkrampf ist erklärlicher als Zeichen der Verachtung wie als lokalisierter Tonus der Hervorstrecker der Lippen, und die plötzliche Intensitätsschwankungen von Null bis zum Maximum unter psychischen Einflüssen sind doch nur dann verständlich, wenn wenigstens die Auslösung der Symptome eine psychische ist.

Man hat die Katalepsie in die Muskeln verlegen wollen; Schuele (680) nimmt pathologische, vielleicht infektiöse Zustände der Muskulatur an. Kahlbaum nennt sie in wenig klarer Weise ein zerebrospinales Symptom. Rieger meint, „die ganze Lösung des Geheimnisses" liege darin, daß die antagonistischen Muskeln gleich stark wie die Protagonisten innerviert werden. Die Schwierigkeit spontaner Bewegungen würde für die letztere Auffassung sprechen, wenn sie nur nicht in so vielen Fällen fehlte. Dann sehen wir diese antagonistische Innervation nicht so recht, wenn nicht Negativismus sie bedingt.

Uns scheint es unzweifelhaft, daß das Symptom auf einer allgemeineren, noch nicht näher bekannten Disposition psychisch ausgelöst wird. Nur eine solche Auffassung kann dem raschen Wechsel unter psychischen Einflüssen gerecht werden. Leider ist das ziemlich alles, was wir sagen können. Wenn wir allerdings zusehen, wo wir das physiologische Prototyp der Katalepsie finden, so wird es wahrscheinlich, daß das Phänomen etwas zu tun hat mit der Störung des Gedankenablaufes. Wir sehen Andeutungen von Katalepsie beim Gesunden, wenn er absorbiert ist (Newton!) oder wenn seine Gedanken nicht weiter kommen, z. B. in der Ermüdung. Man behält dann etwa eine zufällig eingenommene Stellung des Körpers oder eines Gliedes bei. Auch bei anderen Psy-

[1]) Vgl. ferner die Besprechung durch Neisser (512) und Roller.

chosen ist Katalepsie regelmäßig mit einer starken Störung im Gedankenablauf verbunden. Riklin (612, S. 306) nimmt einen Zusammenhang mit Monoideismus an.

Wirkliche Bewegungsunfähigkeit, die unabhängig vom bewußten oder unbewußten Willen des Patienten oder direkt im Gegensatz zum bewußten Willen ist, und die mit oder ohne Begleit kataleptischer Erscheinungen vorkommt, hat gewiß sehr verschiedene Gründe. Bei der organischen Benommenheit wird die Schwierigkeit der Bewegungen ein Teilzustand des allgemeinen Hirnzustandes sein. Dann gibt es gewiß Ausschaltungen der Motilität nach Analogie der des Schlafes; sie können dann empfunden werden wie beim Alpdrücken oder unbewußt bleiben wie im gewöhnlichen Traum. Sperrungen und Einwirkungen abgespaltener Komplexe überhaupt hindern natürlich die Motilität oft. Halluzinationen und Wahnideen und die autistische Abschließung von der Umgebung verbieten oft Bewegungen oder vermindern die Antriebe dazu. Alle oder doch mehrere dieser Momente mögen sich oft beim gleichen Patienten zusammenfinden. Es ist dann meist unmöglich, den Anteil jedes einzelnen derselben am Zustandekommen der Bewegungslosigkeit festzustellen.

Die Bewegungen der motorisch erregten Katatonien, das Turnen, Wirbeln, Grimassieren usw. sind für uns psychisch bedingt; Beobachtung und Besprechung derselben mit den Patienten gaben uns bis jetzt keine Anhaltspunkte, andere Ursachen zu vermuten.

Für die Echopraxie wird wohl bei der Katatonie die gleiche Erklärung gültig sein, wie sie auch an anderen Orten angewandt wird: jede Wahrnehmung einer Bewegung übt einen mehr oder weniger starken Reiz zur Nachahmung aus, der aber unter normalen Umständen durch die anderen Assoziationen unterdrückt wird. Wenn nun die übrigen Assoziationen ausfallen oder geschwächt sind, so kann dieser Reiz sich geltend machen. So sehen wir denn auch hier Echopraxie meist in Verbindung mit Benommenheit und ähnlichen Zuständen; sie kommt aber auch zuweilen sonst vor, und das zeigt uns, daß wir ihre Genese nicht ganz kennen. Manchmal mag die optische oder akustische Fesselung dem Sinneseindruck ein Übergewicht geben und zugleich die anderen Assoziationen hemmen; unter anderen Umständen kann der Patient mehr oder weniger bewußt in einer vorgemachten Geste zugleich eine Aufforderung zur Nachahmung sehen. Alle diese Vermutungen können uns aber nicht genügen.

Der Mutismus[1]) ist oft bloße Teilerscheinung der allgemeinen Bewegungslosigkeit, sei diese durch Katalepsie oder Spannung bedingt. Der Hauptgrund des chronischen Mutismus liegt aber gewiß in drei Grundursachen, die sich zum Teil decken: in der Interesselosigkeit; die Patienten haben gar nichts zu sagen; in dem Autismus: die Patienten wollen überhaupt keinen Verkehr mit der Außenwelt; und im Negativismus: die Patienten wollen gerade das nicht, was man normaliter von ihnen erwarten sollte. Andere Gründe, wie die Schwierigkeit der Wortfindung, die sich bei apraxieähnlicher Benommenheit etwa nachweisen läßt, dann Wahnideen mögen in einzelnen Fällen mitbeteiligt sein.

Nicht ohne Bedeutung für die Auffassung des Symptoms wird es sein, daß es die Neigung hat, bei der Lösung von Stuporzuständen zuletzt zu verschwinden.

---

[1]) Vgl. auch Schuele (680).

5. Katatone Komplexsymptome.

Automatismen. Die Abspaltung der Komplexe macht ohneweiters die Automatismen verständlich. Die im Unbewußten tätigen, abgespaltenen Strebungen unserer Psyche kommen unter Umständen im Handeln und Denken zur Wirkung.

Ist der Patient einer Analyse zugänglich, so kann man fast immer den Komplex hinter den Automatismen finden. Wo der Zusammenhang nicht aufzudecken ist, muß man sich daran erinnern, daß alle möglichen zufälligen Ereignisse mit dem Komplexe assoziiert werden können, so daß in weit vorgeschrittenen Fällen analog wie bei den Wahnideen eine Verallgemeinerung des Prozesses eintreten kann.

Es ist ferner möglich, daß bei gewissen Stadien des schizophrenen Prozesses der Zerfall der psychischen Tätigkeit so hochgradig sein kann, daß auch wenig gefühlsbetonte Komplexe, vielleicht solche von irgend einer zufälligen, von außen gegebenen Aktualität, selbständig werden können[1]).

Aktionen, die aus dem Unbewußten kommen, müssen dem reflektierenden Patienten natürlich als etwas Fremdes erscheinen[2]). Sind sie mit seinem aktuellen Bewußtseinsinhalt im Widerspruch und verbinden sie sich bei der Ausführung und unmittelbar vor derselben assoziativ mit diesem, so wird die bewußte Persönlichkeit widerstreben und den Antrieb als Zwang fühlen. Je nach der Stärke dieses Widerstandes entstehen dann Zwangshandlungen oder bloß Zwangsideen.

Freud sagt, daß der Zwang im Psychischen immer von Verdrängung herrühre. Bei unseren Kranken erscheinen die Komplexe zwar gar nicht immer verdrängt, dennoch möchte ich den Satz Freuds ohne weitere Studien noch nicht als für die Schizophrenie ungültig erklären, besonders da auch Friedmann mit seiner Theorie von den „unabgeschlossenen Vorstellungen", die den Zwangserscheinungen zugrunde liegen sollen, ganz ähnliche Ansichten gewonnen hat, während schon Neumann den Zusammenhang zwischen Sexualität und Mysophobie kannte.

Ist die Abspaltung eine so starke, daß auch bei der Ausführung keine assoziative Verbindung mit der bewußten Person eintritt, so haben wir eine automatische Handlung, bei der der Patient wie ein Dritter als Zuschauer fungiert. In Zwischenfällen ist bloß der motorische Teil in Verbindung mit der Person. Der Patient glaubt, aus sich zu handeln, gibt sich aber keine Rechenschaft über die Gründe und widersetzt sich auch nicht[3]).

So sind die Automatismen ganz den Halluzinationen und Wahnideen an die Seite zu stellen; sie sind Halluzinationen des Denkens, Strebens und

---

[1]) Affektstupor kann auch bei Gesunden zu katatonischen Haltungen, zu Stereotypien und sogar zu Verbigeration führen. „Ein Gesunder, der vorher gleichmütig über eine Ölimmersion gesprochen, gerät etwa eine halbe Stunde nach diesem Gespräche durch einen Toilettefehler bei Begegnung mit einer Dame auf der Treppe in Verlegenheit und ertappt sich anschließend dabei, daß er vor sich hinmurmelt: eine Ölimmersion — eine Ölimmersion — eine Ölimmersion." — Löwy, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. I., 339.

[2]) Daher die verschiedenen Arten von „Störungen des Aktivitätsgefühles" usw. Pick (570).

[3]) Wenn der Komplex die ganze Persönlichkeit in Beschlag nimmt, so sprechen wir von (hysteriformen) Dämmerzuständen.

Wollens, so gut wie es Halluzinationen der Erinnerung gibt. Mischungen und Übergänge der verschiedenen Symptome ineinander sind deshalb häufig. Ein verheirateter Mann hat sexuelle Gelüste gegenüber einer Verwandten; nach einiger Zeit klagen ihn die Stimmen eines Sittlichkeitsverbrechens an; dann flüstern sie ihm zu, er werde ein Unglück anrichten. Er fühlt den Zwang in sich, das Unglück selbst anzurichten, aber erst elf Jahre später begeht er ein Attentat, nachdem sich der Zwang in befehlende Stimmen umgesetzt hat. Ein anderer hat längere Zeit Zwangsgedanken, dann wird ihm „eine Handlung zugetrieben" („Zwangsimpulse"), dann kommt es zu Zwangshandlungen, worauf eine „hyperkinetische Motilitätspsychose" ausbricht, nach der der Kranke auf Jahre hinaus besser ist als vorher, wenn auch die Katatonie immer noch zu diagnostizieren ist. — Ein Hebephrene hatte einmal einen Kollegen „Sale Juif" geschimpft, wofür er getadelt wurde. Dann bekam er die Zwangsidee, er hätte den Ausdruck in Briefe hineingeschrieben, und mußte diese immer wieder laut lesen; später kam der Zwang, das Wort auszusprechen, der sich mit der Zeit zu einer umfangreicheren Koprolalie verallgemeinerte.

Auffallenderweise behaupten manche Autoren (im Gegensatz zu anderen z. B. Schuele), Zwangsvorstellungen kombinieren sich nicht mit Psychosen (z. B. Thomsen). Richtig ist nur, daß bei den Zwangsvorstellungen der Schizophrenie meist sehr früh Symptome der letzteren Krankheit deutlich werden, so daß man sie in den Vordergrund stellt, und vielleicht ist auch richtig, daß sich die Formen von puren Zwangsvorstellungen, wenn einmal die Schizophrenie ausgeschlossen ist, sehr selten mit eigentlichen Psychosen kombinieren.

Es muß auch daran erinnert werden, daß Bewegungen wie Klettern infolge der Idee, eine Katze zu sein, Übergänge zu Automatismen sein können, aber durchaus keine Zwangsbewegungen sein müssen (Décsi, 158) und daß in ähnlicher Weise gerade gegenüber der Schizophrenie die Neigung besteht, den Begriff der Zwangserscheinungen ungebührlich auszudehnen.

Viele brauchen für motorische Automatismen den Namen von Triebhandlungen. Dieser sollte beschränkt bleiben auf Triebe infolge bestehender Bedürfnisse (Nahrungstrieb, Erhaltungstrieb, Selbstmordtrieb), deren letzte Motive bewußt sind. Leider haben wir allerdings für die Pyro- und Kleptomanien und ähnliche vieldeutige Symptomenkomplexe kein anderes deutsches Wort. Für die Schizophrenie indes kommt diese Ungenauigkeit nicht in Betracht, ihre Automatismen sind von der Person mehr oder weniger unabhängige, aber keine „triebartigen" Handlungen in einem der obigen Sinne.

Eine gute Beschreibung der automatischen Symptome ist es, wenn Berze (59) im Anschluß an Wundt darauf Gewicht legt, daß der Bewußtseinsinhalt insofern verändert sei, daß er nicht „als aktiv gewollter", sondern als „passiv erlebter" zur Erscheinung komme; das so bezeichnete Symptom ist aber nicht charakteristisch für eine irgendwie umgrenzte Paranoia, während es eben bei der Schizophrenie alltäglich ist.

Anhaltspunkte zu einer lokalisatorischen Auffassung der Automatismen existieren bis jetzt nicht; ein „automatisme dans les centres de la langue" (Arnaud in Ballet, S. 542) ist natürlich eine ganz ungenügende Erklärung für Dinge von so großer affektiver Bedeutung. Auch die Einteilung in primäre und sekundäre zerebrale und zerebrospinale Automatismen (Brugia und Marzocchi) steht natürlich ganz in der Luft. Mit den ähnlichen Auffassungen Schueles können wir von unserem Standpunkt aus nicht rechten[1]).

[1]) Durch posthypnotische Suggestionen lassen sich die verschiedenen Arten von Automatien experimentell hervorrufen.

Bei einem Teil der sonderbaren Einfälle läßt sich leicht nachweisen, daß sie plötzlich aus dem Unbewußten auftauchen. Die Liederverse, Bibelsprüche u. dgl., die zur Verwunderung der Umgebung und oft des Patienten selbst auf einmal ausgesprochen oder gesungen werden, haben immer Beziehungen zu den Komplexen der Patienten. Ebenso andere abrupte Aussprüche[1]). Eine unserer Kranken äußerte einmal ohne jeden Zusammenhang „es steht in der Bibel, man müsse zur Samariterin am Jakobsbrunnen kommen" (Ev. Joh. IV). Sie wurde in der Krankheit davon geplagt, daß sie — wie jene — mehrere Männer gehabt, zwei eheliche und einen vorehelichen.

Das bekannteste Symptom der Komplextätigkeit ist das unmotivierte Lachen.

Freud macht (235, S. 145) darauf aufmerksam, daß bei Analysen die Kranken oft lachen, wenn ein Komplex getroffen werde. Wir haben das bei Schizophrenie manchmal gesehen; und unsere Beobachtungen deuten darauf hin, daß das ominöse Lachen unserer Kranken immer diesen Ursprung habe; nur kommt die Anregung des Komplexes gar nicht immer von außen, sondern viel häufiger von innen. Die Kranken wissen meist selbst nicht, warum sie lachen; sie empfinden es als Zwang; es ist also hier das gleiche Verhalten wie bei anderen Komplexäußerungen.

Ebenso spricht es für diese Auffassung, wenn ein periodischer Hebephrene jeweilen an dem Lachen wieder merkt, wenn ein Anfall kommt: beim Herannahen eines neuen Anfalles kommen ja die Komplexe wieder zur Wirkung. Ein früher leicht imbeziller Patient, der erst im 45. Jahre manifest erkrankte, soll vorher nie gelacht haben; im Anfang der Krankheit fiel es auf, daß er lachte. Im folgenden Falle ist der Zusammenhang mit dem Komplex sehr deutlich: eine Patientin hat den Alb, der sie einmal drückte, weiter entwickelt in „eine oder zwei Gummipuppen", die sie mit dem Geliebten identifiziert. Dieser plagt sie nun mit den Puppen, drückt sie, würgt sie, macht ihr Herzklopfen, preßt ihr den Kopf zusammen und befiehlt ihr, lustig zu sein; dann muß sie den ganzen Tag lachen.

Das ebenfalls nicht seltene unmotivierte Weinen hat natürlich ähnlichen Grund.

6. Die Manieren.

Nicht durch Abspaltung, sondern vielmehr durch dauernde Wirkung der Komplexe erklären sich die Manieren und wenigstens zum Teil die Stereotypien. Schon der normale Mensch hat Neigung, diejenigen Äußerungen zu übertreiben oder wenigstens besonders stark hervortreten zu lassen, die seinen Wünschen entsprechen. Der Eitle wird sich in seiner Kleidung und im ganzen Gebaren zu erkennen geben, der auf seine Körperkraft Stolze im Gang und allen Bewegungen. Aber nicht nur die, die etwas sind, fallen uns auf, sondern noch viel mehr die, die etwas sein wollen, was sie nicht sind. Beim wirklich Vornehmen ergibt sich die vornehme Haltung, das Vornehme in jeder Bewegung, von selbst, es ist ein Teil von seinem Sein, er fällt deshalb nicht auf. Bei dem, der Vornehmheit affektiert, bemerkt man den Gegensatz zwischen Natur und Affektation; die gleichen Bewegungen sind beim einen etwas, das zu ihm gehört, beim andern

[1]) Wie bei Gesunden. Vgl. Freud, Psychologie des Alltagslebens, und Jung (344, S. 62).

etwas Fremdes; wer die Form nachahmt, ohne den Inhalt zu verstehen, kann eben die Form nicht dem Inhalt anpassen; er wird z. B. auf auffällige Nebensachen ein ungebührliches Gewicht legen; der Träger natürlicher geistiger Kultur manifestiert die größere Unabhängigkeit seiner Finger voneinander in allen Bewegungen der Hand; der, der mehr Kultur zeigen möchte, als er hat, sieht nur, wie der kleine Finger nebenaus gestellt wird, und tut das in extremer Weise bei jeder guten und schlechten Gelegenheit usw. So auch die Schizophrenen; nur wird da, wo die Kontrolle fehlt und die Komplexe überhaupt eine viel größere Tyrannei entwickeln als bei Normalen, die Übertreibung noch viel stärker werden. Daher die katatonische Geziertheit, das lümmelhafte Benehmen der Hebephrenen, die lächerliche Majestät der Megalomanen. So ist es auch erklärlich, daß ein Teil der Manieren ganz bewußt sind. Ein Hebephrene legte mir sogar seine hohlklingenden Neologismen vor und wünschte meine Kritik, von der er allerdings nichts als Lob erwartete. Das schnodderige Wesen vieler Hebephrenen, verbunden mit der Neigung, sich wichtig zu machen, die höchsten Probleme anzugreifen, hat man als einen Symptomenkomplex betrachtet, den der Patient aus der Pubertät herübergenommen hätte. Es mag sein, daß das etwa mitwirkt. Bei unserem schlimmsten Repräsentanten der Flegeljahreigenschaften war es sicher nicht der Fall; so lange er gesund war, besaß er diese Eigenschaften gar nicht; seine Krankheit wurde erst anfangs der Zwanzigerjahre manifest, als er längst in Stellung war, und sie war eine ausgesprochene Katatonie. Die symptomatologische Ähnlichkeit von Pubertät und Schizophrenie beruht gewiß in der Hauptsache auf etwas ganz anderem: junge Leute streben gerade wie manche Schizophrenen gesellschaftlich und geistig mehr zu scheinen, als sie sind, das äußert sich darin, daß sie sich über die Formen wegsetzen, und daß sie sich mit Dingen beschäftigen wollen, die eine höhere Intelligenz verlangen. So erklärt sich auch teilweise die Neigung zu Fremdwörtern und zu besonderer Betonung derselben. Kraepelin hat z. B. darauf aufmerksam gemacht, daß viel Katatoniker „Herr Doktór“ betonen. Solche Eigentümlichkeiten fanden wir immer in Verbindung mit einem Komplex von Vornehmheit und Wichtigkeit.

Auch die Neigung zu Diminutiven und das oft damit verbundene kindliche Benehmen überhaupt erklärt sich auf ähnliche Weise. In einzelnen Fällen konnten wir nachweisen, daß sie der Ausdruck des Kinderkomplexes war. Die Kranken sprachen zuerst mit ihren eingebildeten Kindern in dieser Weise und verallgemeinerten dann die Manier, besonders wenn der Vater des Kindes mit demselben identifiziert wurde. Die Diminutivform kann sich aber auch ausschließlich im Gespräch mit dem Kind erhalten[1]). — Heckers zweiter Fall sprach im Offiziersjargon, wohl weil sich das Mädchen Hoffnung auf einen Offizier machte.

Nicht selten wechseln die Kranken die Manier je nach dem aktuellen Komplex (Beispiel S. 122).

Auch die Stereotypien haben ihre Analogien beim Gesunden, der bei abgelenkter Aufmerksamkeit nicht allzu selten stereotype Bewegungen oder Zeichnungen macht, die einen versteckten Komplex verraten.

---

[1]) Kindliches Benehmen könnte auch einen Traum oder sonst einen Komplex aus der Jugendzeit andeuten, worauf mich Bezzola aufmerksam machte; ich kenne aber kein Beispiel einer solchen Genese bei Schizophrenen.

Bei den schizophrenen Stereotypien, deren Entstehung man verfolgen kann, zeigt sich sehr klar, daß sie im Zusammenhang mit einem Komplex stehen.

Die die Schusterbewegung nachmachende alte Jungfer hat vor mehr als 30 Jahren einen Schuster geliebt. Die Balanzierende hat bei einer Quadrille ihren Angebeteten kennen gelernt. Der Geliebte einer bereits Erkrankten wird zum Besuch angemeldet; die Patientin verbigeriert: „das ist, er ist" bis er kommt, und behält die Gewohnheit; später verbigeriert sie: „mein Lieber", dann dazwischen auch: „unser Bübchen". Eine noch als Wärterin brauchbare Schizophrene sagt im Gespräch mit beliebigen Personen an allen möglichen und unmöglichen Stellen: „nicht wahr, Max": so hieß ihr erster Geliebter. Sogar Selbstmordversuche können nach Abklingen des Affektes in stereotyper Weise wiederholt werden.

Ein Kranker gibt mir fast bei jeder Visite auf einem Zettel vier Worte, die andeuten sollen, wie schlecht man ihn behandelt hat. Kranke, die beständig an der Klinke drücken, hatten früher energisches Begehren hinaus zu kommen, auch wenn sie jetzt nichts mehr anzufangen wissen, sobald man ihnen die Türe öffnet. Solche, die die Schuhe der Anwesenden oder den Boden küssen, haben entweder den Komplex der Niedrigkeit, oder sie drücken gelegentlich auch einmal die Liebe zu irgend einer Person so aus. Das Wiegen eines Gegenstandes im Arm oder die gleiche Bewegung ohne den Gegenstand hängt gewöhnlich mit dem Kinderkomplex zusammen. Eine Kranke zeichnet eine Menge stilisierter Münde; diese sagen: „lobe den Herrn"; und aus anderen Assoziationen geht hervor, daß der „Herr" ein geliebter Pfarrer ist. Die stereotype Berührung von Axilla, Mund, Ohren und den Genitalien, die von einem Mädchen tausendmal im Tag ausgeführt wird, hängt mit dem Onaniekomplex zusammen; ebenso Bewegungen der Hände bei einem Mann, die sich mit der Zeit immer mehr von den Genitalien entfernt und dem Munde genähert haben: Finger im Mund, im Ohr bedeuten auch oft das Gleiche. Kopfbewegungen sind vor unseren Augen durch Verlegung von Koitusbewegungen entstanden. Bei zwei Patienten ließ es sich nachweisen, daß der Schnauzkrampf die Verachtung der Umgebung bei großer Zufriedenheit mit sich selbst ausdrückte[1]).

Alle diese Deutungen sind nicht willkürlich, sondern von den Patienten selbst gegeben und zum Teil objektiv verifiziert; die Patienten assoziieren an die Stereotypie den Komplex und umgekehrt an den Komplex die Stereotypie. Nicht selten geht deshalb der Zugang zu dem Patienten durch die Stereotypie. So war die balanzierende Katatonische ganz steif, mutistisch und abweisend, bis man mit ihr die balanzierenden Bewegungen wie im Tanze machte; mit einem Schlage war sie wie umgewandelt; man konnte in ihr kaum mehr die Kranke erkennen; sie erzählte von ihrer Liebschaft und ihrer Lebensgeschichte, so viel man wissen wollte, vollständig klar wie eine Gesunde. Das Experiment ließ sich noch einige Male wiederholen, bis die Fortschritte der schweren Katatonie es unmöglich machten.

Daß sich die Stereotypien mit ihnen ursprünglich fremden Gedanken assoziieren können, erscheint in Anbetracht der schizophrenen Assoziationseigentümlichkeiten selbstverständlich; daß sie sich meist mit der Zeit vereinfachen, und daß sie auch sonst Umwandlungen, wie Verlegung sexueller Symptome nach oben, eingehen, hängt mit allgemeinen Eigenschaften unserer Psyche zusammen.

So scheint zunächst die Theorie der Stereotypien gegeben: sie sind Symptomhandlungen in Freudschem Sinne; ein Komplex, der immer weiter wirkt, findet darin seine Entäußerung.

---

[1]) Nach Darwin verlängern Orang-Utang und Schimpanse die Lippen, wenn sie unzufrieden sind (Dromard). Auch bei kleinen Kindern sieht man das.

Einer besonderen Erklärung bedarf es dann allerdings, daß die Stereotypien ein so zähes Leben haben. Freud und Jung geben an, daß verdrängte Affekte sich nicht abnutzen; es muß aber noch nachgewiesen werden, daß diese aus Erfahrungen an Nervösen und Gesunden deduzierte Regel auch für die Schizophrenie Gültigkeit habe. Wir sehen nun aber, daß daselbst Stereotypien viele Jahre lang Komplexe begleiten können, die nicht verdrängt scheinen. Ferner treten in Remissionen Komplexe oft so zurück, daß man ihre Affektbetonung kaum mehr nachzuweisen vermag. Es ist also für mich noch nicht sicher, weder daß die Verdrängung die Ursache der Beständigkeit der Stereotypien sei, noch daß die Komplexaffekte sich bei der Schizophrenie nicht doch mit der Zeit abschwächen können. Allerdings habe ich zur Genüge beobachtet, daß sich Komplexe mit ihren Affekten jahrzehntelang an Inhalt und Kraft unverändert erhalten haben.

Sei dem wie ihm wolle, die Erklärung der Stereotypien als Komplexsymptome möchte vorläufig genügen, wenn sich nicht die Neigung zu Stereotypierungen bei der Schizophrenie auch außerhalb der Komplexe nachweisen ließe.

Nicht selten wird ein zufällig aufgegriffenes Wort lange Zeit verbigeriert. Bei turnerischen Freiübungen können einzelne Patienten, die noch gar nicht katatonisch sind, nicht rechtzeitig mit wiederholten Bewegungen aufhören; mehrfach habe ich beim Klavierspielen beobachtet, daß sehr gut spielende Kranke an einem Triller oder an einer anderen Wiederholungsfigur hängen blieben. Dromard berichtet, daß die Patienten die Glieder nicht sinken lassen, wenn man die Unterstützung plötzlich wegnimmt, und daß mitgeteilte oszillierende Bewegungen nicht mit der Ursache aufhören. Hierher gehört es vielleicht auch, daß die Mimik so oft dem Wechsel der Gefühle nachhinkt. Bei einem Souffleur war es das erste Zeichen der Krankheit, daß er den gleichen Satz drei- bis viermal soufflierte und das trotz guter Einsicht nicht lassen konnte. Ein Kranker spült den Mund und kann mit den Bewegungen nicht mehr aufhören, obwohl er kein Wasser mehr im Munde hat; ein anderer nickt weiter, wenn er eine Frage mit Nicken beantwortet hat, staubt eine halbe Stunde lang den nämlichen Lappen aus; beim Benennenlassen von Bildern findet man dann und wann Perseveration ähnlich wie bei organischen Hirnkrankheiten, ebenso beim Schreiben. Ein Hebephrene hielt an einem Fest eine leidlich passende Rede; drei Viertel Jahre später begrüßt er in einer andern Rede den zurückkehrenden Sekundararzt und bringt darin viele Sätze aus der ersten Rede an, die gar nicht mehr zum Anlaß passen. Sommer (724) fand bei wiederholtem Rechnen nach 8 Tagen wieder die gleichen Fehler wie das erste Mal. Bei Leseversuchen an der Trommel (Reiss, S. 617) und Schußplatte (Busch) fand man Ähnliches. Auch passiv gegebene Bewegungen können zuweilen längere Zeit persistieren[1]). — Wiersma vermutet verlängerte Nachdauer der Reize bei „Paranoia".

[1]) Äußerungen, die ursprünglich eine affektive Bedeutung hatten, können sich vom Komplex loslösen und dann eine zufällige Stereotypie vortäuschen: eine Kranke antwortete bei der Untersuchung zunächst jedesmal „eben das", wenn der Komplex getroffen wurde. Nach und nach, noch in der gleichen Unterredung, wurde das Wort immer mehr gebraucht und schließlich auf alle Fragen als erste Antwort gegeben. Es kommt aber gewiß auch vor, daß zufällige Äußerungen mit einem Komplex verbunden werden, ohne daß wir einen Zusammenhang auffinden. Bei jenem balanzierenden Mädchen ist die Stereotypie doch ein recht zufälliges Symbol für den Geliebten, und es ist bei den schizophrenen Assoziationsgesetzen leicht möglich, daß z. B. ein irgendwie gehörtes Wort sich definitiv mit einem Komplex verbunden habe. Man kann aber nicht wohl annehmen, daß in allen Fällen wie die oben angeführten solche zufällige Komplexverbindungen den Anlaß zur Stereotypierung gegeben hätten.

Trotzdem sich diese Neigung zu Stereotypierung meist nur bei akuten Schüben Katatonischer nachweisen läßt — in den Assoziationen chronisch Kranker haben wir sie immer vermißt[1]) —, kann man doch nicht annehmen, daß diese Disposition ganz ohne Einfluß auf die Entstehung der Stereotypien sei. Wir müssen also voraussetzen, daß beide Ursachen am Zustandekommen der Stereotypien mitwirken; die allgemeine Neigung zur Stereotypierung entspräche der Disposition; die Komplexwirkung wäre die veranlassende Ursache und würde zugleich den Inhalt der Stereotypie bestimmen.

Wahrscheinlich kommt noch etwas Drittes hinzu. Kraepelin macht darauf aufmerksam, daß sich bei Störung der planmäßigen Verfolgung bestimmter Ziele Nebenantriebe geltend machen können, und daß ohne die Hemmung durch neue Ziele eine einmal bestehende Handlung große Wahrscheinlichkeit habe, immer mehr eingeübt zu werden; so wären die Stereotypien Willenserregungen, deren Ziel durch den vorhergehenden Vorgang bestimmt ist. Wir sehen ja auch bei Ablenkung des Gesunden eine große Einförmigkeit der Nebentätigkeit. Schiller zeichnete Bögen voll Rößlein.

Viele Autoren suchen die Stereotypien aus dem Wegfall der hemmenden Hirnrinde (z. B. Jastrowitz [324], Fauser [215]), aus der Demenz zu erklären.

Weiter können wir hier auf die Theorie der Stereotypien, die für die ganze Auffassung der Schizophrenie von größter Wichtigkeit ist, nicht eingehen; ich verweise auf Neisser, Heilbronner (293). Für uns sind nur noch folgende Einzelheiten von Bedeutung: daß unterbewußte Komplexe Neigung haben, sich in Stereotypien zu äußern, zeigt sich auch im Assoziationsexperiment (Riklin, 612 *a*), ferner macht auch Ziehen auf den Zusammenhang der Stereotypien mit „überwertigen Ideen" aufmerksam. — Die Haltungsstereotypien wurden und werden gerne zurückgeführt auf sensorische Störungen (Korrektur von bestimmten Ausfallserscheinungen, Wernicke; Störungen der Selbstempfindung, Siemerling). Ganz ungenügend ist auch Kahlbaums Auffassung der Sprachstereotypien. Wir können uns zur Not vorstellen, wie ein tonischer Krampf der Sprachorgane Mutismus machen könnte, kaum aber, wie ein klonischer bestimmte Worte und Sätze hervorbringen und dieselben unter Umständen den Verhältnissen anpassen sollte. Auch für neuere, mehr psychische Lokalisationen, wie die Alters (Sejunktion zwischen Stereopsyche und Pathopsyche, 10 *a*, S. 264) besitzen wir in den Beobachtungen keine Anhaltspunkte; wohl aber spricht manches gegen das Vorhandensein so einfacher Störungen.

Die Stereotypien werden noch mit manchen ähnlichen Erscheinungen zusammengebracht und teilweise mit denselben verwechselt; es handelt sich dabei meist um eben so komplizierte Vorgänge, wie die Stereotypie einer ist, und so ist es ganz gut möglich, daß einzelne Teilerscheinungen sich mit Teilerscheinungen der Stereotypie decken.

Manche nennen es noch Stereotypie, wenn infolge von Stimmen oder Wahnideen immer die gleiche Handlung begangen oder die gleiche Stellung eingenommen wird. Denkt man sich die Wahnidee respektive Halluzination unabhängig von der Stereotypie, wie es die meisten Psychiater tun, so ist natürlich eine solche Auffassung unrichtig, die Anomalie ist dann an einem andern Orte, und die Stereotypie hat psychologisch nur die gleiche Bedeutung wie aus guten Gründen oft wiederholte Handlungen des Gesunden (Fabrikarbeiter!), oder es ist wie wenn ein Seniler infolge seines Gedächtnisdefektes immer die gleiche Geschichte erzählt. — Schon mehr der Verbigera-

[1]) Pfenninger hat bei Wiederholungsversuchen im Gegenteil eine höhere Zahl neuer Reaktionen als bei Gesunden gefunden.

tion nähert es sich, wenn ein Kranker alle seine Wünsche immer in die gleichen Worte zusammendrängt: „seien Sie so gut", und bei jedem Eintritt einer Person in den Saal, bei jeder Ortsveränderung eines Patienten diese Worte ausstößt. Stereotyp ist hier der Wunsch und das Ausdrucksmittel; um Verbigeration handelt es sich nicht, gerade deshalb, weil der Patient eben etwas sagen will.

Etwas ganz anderes als die schizophrenen Stereotypien sind die Berufsbewegungen, die organisch Hirnkranke nicht so selten machen. Mit ihnen zusammen zu erwähnen ist dann die „Perseveration" (Hängenbleiben, Klebenbleiben), die von vielen nicht recht von der Stereotypie getrennt wird, obschon es sich im wesentlichen um verschiedene Dinge handelt.

Wenn Heilbronner (293) sagt, daß Perseveration und Verbigeration sich dadurch unterscheiden, daß zur Perseveration noch ein Sprechtrieb hinzukommen müsse, um die Verbigeration zu bilden, so ist das nur für die organischen Krankheiten ganz ausreichend, weil bei der schizophrenen Verbigeration die Komplexwirkung in erster Linie mitspricht.

Ragnar Vogt (786) will eine psychologische Einheit aus Perseveration, Stereotypie und dem Kraepelinschen Begriff der Anregung machen.

Masoin (455) und namentlich Weygandt (816) bringen die schizophrenen Stereotypien zusammen mit den stereotypen Bewegungen der Kinder und der Idioten, während Kraepelin zwei Klassen unterscheidet, von denen die eine, die namentlich durch das Rhythmische der Bewegungen charakterisiert wird, beiden Zuständen angehört. Die automatischen, im wesentlichen von der Stimmung unabhängigen Stereotypien bei unserer Krankheit sehen aber schon bei oberflächlicher Betrachtung meist anders aus als die wiegenden und wackelnden Bewegungen der Idioten.

Als Kuriosum sei auch erwähnt, daß Dromard (191) die Stereotypien der Dementia praecox von denen der sekundären Demenz unterscheiden will.

Zum Verwechseln ähnlich können den Stereotypien die Ticks werden, die ja auch oft nichts anderes als Symbolhandlungen sind.

Ziehens Pseudostereotypien ideenarmer Manischer geben oft Anlaß zu diagnostischen Schwierigkeiten; nach meiner Erfahrung handelt es sich dabei meist um Mischung von Hemmung mit Ideenflucht.

Die Onomatomanie der Franzosen enthält neben anderen Symptomen oft auch die Verbigeration.

Daß die Stereotypien etwas mit Komplexen zu tun haben, ist schon vielen aufgefallen, so Dromard, Ricci, Mondio. Schuele nennt gewisse Haltungsstereotypien sehr bezeichnend „plastisch gewordene Wahngedanken".

;) Allgemeine Gesichtspunkte.

Trotz der vielen Einzelheiten, die uns die Psychanalyse aufgeklärt hat, wäre es noch zu gewagt, die ganze Symptomatologie unter einem einheitlichen Gesichtspunkte zusammenfassen zu wollen. Eine vorläufige Formulierung unseres Wissens mag aber am Platze sein.

Die in die Augen fallende Symptomatologie ist sicher zum Teil (möglicherweise ganz) nichts anderes als der Ausdruck eines mehr oder weniger verunglückten Versuches, aus einer unerträglichen Situation herauszukommen. Wir kennen, abgesehen von den rein hysteriformen Mechanismen, drei verschiedene Modi, nach denen die Kranken sich zu helfen trachten.

1. Der Patient macht die Wirklichkeit unschädlich, indem er sie nicht an sich herankommen läßt (Autismus); er ignoriert sie, spaltet sie ab, flüchtet in seine Ge-

danken. Der Autismus hat für diese Patienten die gleiche Bedeutung wie die Klostermauern für die Mönche, die Einöde für manche Heilige, die Studierstube für manche Gelehrtentypen. Der Unterschied zwischen krank und gesund ist hier nur ein quantitativer.

2. Auf die Dauer genügt dieser Behelf selten: in den meisten in die Anstalt kommenden Fällen werden die Wünsche als erfüllt, die Hindernisse als beseitigt dargestellt. Zu vollständigem Gelingen kann diese Reaktionsart allerdings nur dann führen, wenn zugleich nach Modus 1 die Wirklichkeit ganz abgespalten, oder wenn sie im Sinne der Wünsche ganz umgestaltet wird. Letzteres geschieht im Dämmerzustand, der aber meist nicht auf die Dauer festgehalten werden kann; die Kranken helfen sich in der gleichen Weise, wie es in nuce die Tagträumer und die Dichter tun.

Gelingt es nicht, die Vorstellung von der Wirklichkeit ganz nach Wunsch zu verwandeln, so wird sie doch so weit umphantasiert, daß die Hindernisse mehr als zufällige, wenigstens im Prinzip überwindliche erscheinen (Verfolgungswahn, der die Hindernisse in Machinationen von Menschen umsetzt).

3. Wohl öfter als wir bis jetzt wissen, wird der zugängliche Teil der Umstände wirklich umgestaltet, natürlich nicht im Sinne der vollständigen Wunscherfüllung — wenn das den Patienten möglich ist, gibt es keine manifeste Krankheit —, sondern im Sinne einer Ausflucht: die Leute werden eben manifest krank. Diese Flucht in die Krankheit ist beim Ganserschen Syndrom oder bei einzelnen hypochondrischen Formen oder bei der Faxenpsychose (75 *a*) in die Augen springend und bildet bei anderen Formen sicher dann und wann den ausschlaggebenden Faktor. Wir sehen sie aus einleuchtenden Gründen namentlich bei rein äußerlichen Konflikten: gerichtliche Untersuchung, ökonomische Schwierigkeiten, unerwünschte Entlassung aus der Anstalt[1]).

Nicht nur die ersten beiden, sondern alle drei Reaktionsweisen können sich in beliebiger Kombination mischen. Wie bei anderen psychischen Erscheinungen wirken auch hier fast immer mehrere Motive zusammen. Außerdem werden die Mechanismen und die Resultate dieser affektiven Eudämonie verdeckt und karikiert durch die übrigen Störungen, vor allem die Unklarheit des Denkaktes und die akzessorischen Symptome.

2. Kapitel.

Die Theorie der Krankheit.

A. Die Auffassung der Krankheit.

Mit der Unterscheidung von primären und sekundären Symptomen ist die Auffassung der Krankheit gegeben. Wir nehmen einen Prozeß an, der direkt die primären Symptome macht; die sekundären Symptome sind teils psychische Funktionen unter veränderten Bedingungen,

[1]) Es ist gar nicht selten, daß Verschlimmerungen auftreten, wenn die Kranken die Entlassung vor sich sehen, ja wenn sie nur auf eine bessere Abteilung versetzt werden sollen. Regelmäßig kann man den Grund darin finden, daß die Kranken die Rückkehr ins Leben fürchten. Die Frau will nicht gesund sein, weil sie es (noch) nicht verträgt, zum ungeliebten Gatten zurückzukehren, die Gouvernante, weil sie ihre Stellung haßt, der Mann, weil er den Kampf für die Existenz (noch) zu schwer findet. Eine unserer Katatonikerinnen erklärte rundweg, wenn man sie aus der Schweiz (wo ihr Geliebter wohnt) nach der Heimat versetzen wolle, so werde das durch einen neuen Anfall unmöglich gemacht. Und sie hat Wort gehalten. Der Anfall unterschied sich aber in keiner Weise von den früheren. — In den Fällen von Birnbaum ist der Krankheitsgewinn meistens ein sehr deutlicher.

teils die Folgen mehr oder weniger mißglückter oder auch geglückter Anpassungsversuche an die primären Störungen.

Wir müssen aber hinzufügen, daß die Voraussetzung eines physischen Krankheitsprozesses nicht absolut notwendig ist. Es ist denkbar, daß die ganze Symptomatologie psychisch bedingt sei, und daß sie sich entwickeln könne auf leichten quantitativen Abweichungen vom Normalen; etwa wie die Anlage zu hysterischen Symptomen zwar bei manchen Menschen so groß ist, daß sie bei den gewöhnlichen Schwierigkeiten des Lebens hysterisch werden, während der Durchschnittsmensch es nur bei ganz besonderen psychischen Traumen werden kann.

So fehlt es nicht an Versuchen, die Krankheit als eine funktionelle aufzufassen. Tiling parallelisiert sie geradezu mit Hysterie (und Paranoia) und meint, sie entstehe bei angeborener Geistesschwäche und bei unschlüssigen, zwiespältigen Naturen. Ähnlich spricht sich Stadelmann aus.

Ganz abgesehen von dem den schweren Symptomen nicht entsprechenden anatomischen Befund ist manches der Annahme einer psychischen Genese der Krankheit nicht ungünstig. Verschlimmerungen und Besserungen sind oft psychisch bedingt. In den Antezedentien der Schizophrenen findet sich meist eine Anlage zur Introversion, aus der sich der Autismus und indirekt die meisten anderen Symptome erklären ließen. Die Bedeutung des nicht abzuleugnenden anatomischen Befundes läßt sich nach Schott (667) als Inaktivitätsatrophie oder nach Jung als Folge von durch die Affekte gebildeten Toxinen wegdisputieren. Die Symptomatologie unterscheidet sich prinzipiell von der aller bekannten organischen und toxischen Störungen[1]), aber so wenig von den funktionellen Neurosen, daß leichte Schizophrenien oft lange als Hysterien oder Neurasthenien imponieren, und daß fast alle Erscheinungen nur eine Übertreibung bekannter Neurosensymptome darstellen; wie sich diese aus einer besonders starken oder besonders stark erregten Affektivität und eventuell der primären Neigung zur Introversion erklären lassen, hat Jung gezeigt. Das Zittern ließe sich zur Not psychisch erklären, sogar die manischen und depressiven Symptome hat man so auffassen wollen. Die Unheilbarkeit und die Unfähigkeit der meisten Patienten, sich durch Abreagieren zu beruhigen, ließe sich aus der einmal bestehenden Übertreibung der Introversion ableiten, die ein volles Wiedererfassen der Realität unmöglich macht.

Aber die Hirnbefunde sind da, und wenn auch ihr engerer Zusammenhang mit der Psychose noch ganz rätselhaft ist, so erscheinen doch die oben angeführten Auffassungen der von uns als primär bezeichneten Erscheinungen gezwungen. Es ist ferner auffallend, daß man bei genauer Anamnese meist die Krankheit schon vor dem als Ursache angeschuldigten psychischen Trauma nachweisen kann. Die Lockerung der Assoziationen geht so weit, wie wir sie beim Normalen und Neurotischen nur im Traum, nie unter bloßer Affektwirkung sehen. Die übrigen primären Symptome, wie das feinschlägige und relativ gleichmäßige Zittern, ein Teil der Pupillenstörungen, die manisch-depressiven Symptome, die, wo sie vorhanden sind, integrierende Bestandteile des Krankheitsprozesses zu sein scheinen, die Anfälle des organischen Typus, alles das will sich der funktionellen Anschauung

[1]) Sommer hat sie als „Leitungsstörungen" von diesen abgetrennt.

nicht recht fügen. Die Introversion kann nicht gut alles erklären, da diejenigen Patienten, die ihre Komplexe äußern und danach handeln wollen, genau so unheilbar sind wie die anderen. Der Verlauf selbst erscheint trotz mancher Ausnahmen im großen und ganzen als ein spontaner und von psychischen Einflüssen in bedeutendem Maße unabhängiger. Die prinzipielle Unheilbarkeit aller und die Unbeeinflußbarkeit des Verlaufes der meisten Fälle sind bei funktionellen Störungen ohne alle Analogie. Wichtig ist auch, daß die Krankheit ebensowohl bei „Wilden" wie bei Kulturvölkern vorkommt, wenn auch bei den ersteren nach Kraepelin die Katatonien zurücktreten.

Allen diesen Tatsachen wird restlos eine Auffassung gerecht, welche eine (anatomische oder chemische) Störung im Gehirn annimmt, die meist chronisch, aber mit akuten Schüben und Stillständen verläuft und die primären Symptome setzt (Assoziationslockerung, eventuell die Disposition zu Halluzinationen und Stereotypien, ein Teil der manischen und depressiven Syndrome und der Benommenheitszustände usw.); in schwereren Exazerbationen sind psychische Symptome wie gewisse Verwirrtheits- und Stuporzustände direkte Folge des Prozesses. Die übrigen psychischen Symptome entstehen indirekt durch abnorme Wirkungen normaler Mechanismen in der primär gestörten Psyche, indem vor allem die Affektivität ein pathologisches Übergewicht über die geschwächten logischen Funktionen bekommt.

Die Krankheit als psychischer Prozeß beginnt meistens oder vielleicht immer schleichend; sie bleibt zunächst latent, bis ein akuter Schub auffallende primäre Symptome oder ein psychischer Schock stärkere sekundäre Erscheinungen hervorbringt[1]). Natürlich besteht kein sich ausschließendes Verhältnis zwischen akutem Schub des Hirnprozesses und dem auslösenden psychischen Erlebnis. Auf einer geringen oder einer kaum fortschreitenden Hirnveränderung kann nur ein schweres psychisches Trauma die manifeste Krankheit auslösen. Je rascher aber der Prozeß fortschreitet, je schwerer die dauernde Veränderung ist, um so geringere Anlässe genügen, um stärkere Störungen hervorzurufen, bis schließlich die alltäglichen Schwierigkeiten des Lebens das labile Gleichgewicht zu stören vermögen. So wirken am häufigsten beide Ursachen bei der Kreierung der psychotischen Symptomenkomplexe zusammen.

Nach einem akuten Schub kann der Hirnprozeß stille stehen oder auch sich bis zu einem gewissen Grad zurückbilden; letzteres ist z. B. anzunehmen bei nicht letalen Hirnschwellungen. Dann kann auch die Psyche sich wieder in sehr hohem Maße erholen, oder es bleiben ein Teil der gesetzten Symptome als „Residualzustand". Zu beliebigen Zeiten können aber auch sowohl der Krankheitsprozeß als die sekundären Symptome langsam oder rasch weiter schreiten.

Die Besserungen können auch durch psychische Einflüsse bewirkt werden, teils von außen, indem eine Veränderung irgendwie umstimmend wirkt, teils von innen, indem der Patient lernt, sich mit seinen Komplexen abfinden, oder indem ein Dämmertraum seinen Abschluß findet, oder der Affekt sich erschöpft. Die Heilungsmodi aus inneren psychischen Vorgängen sind noch nicht mit voller Sicherheit faßbar, doch müssen irgend welche psychische Selbstheilungsprozesse existieren.

---

[1]) Manchmal besteht eine längere Latenzzeit zwischen dem Erlebnis und dem akuten Ausbruch, indem das erstere zunächst einer Verarbeitung unterliegt.

Der Verlauf der Symptome und der des Krankheitsprozesses brauchen einander also gar nicht parallel zu gehen.

Die Bedeutung des Jünglingsalters für das Manifestwerden der Krankheit besteht gewiß wenigstens zum Teil darin, daß in dieser Zeit die Schwierigkeiten des Lebens beginnen. Vor allem macht sich nun der mächtigste aller Komplexe besonders geltend: die Sexualität. So sehen wir bei einer großen Anzahl unserer Patienten die manifeste Psychose zwischen 15 und 25 Jahren ausbrechen, obgleich sie vorher schon in mehr oder weniger latentem Zustande vorhanden war. Es ist nicht unbedingt nötig, daß außerdem noch andere Momente dieses Alter begünstigen. Doch ist natürlich nicht auszuschließen, daß z. B., wie man es bis jetzt annahm, auch der eigentliche Krankheitsprozeß eine Vorliebe für die Nachpubertät zeige.

Der Ausgang ist nach dieser Auffassung etwas, was nicht bloß in der Krankheit liegt, sondern auch von manchen inneren und äußeren Zufälligkeiten abhängt. Bei gleicher Gehirnstörung kann der eine Patient genesen, der zweite bei etwas anderer psychischer Anlage oder bei fehlender Anregung oder bei stärker wirkendem psychischem Trauma blödsinnig werden. Wir sind aber ebensowenig imstande, verschiedene Verlaufsweisen und verschiedene Krankheitsgruppen aus der psychischen Disposition oder den psychischen Erlebnissen abzuleiten wie aus einem supponierten Krankheitsprozeß.

Die wichtigsten der bisherigen Theorien, die teils einzelne Symptome oder Symptomgruppen, teils das ganze Krankheitsbild erklären sollten, sind eingehend besprochen von Jung, auf dessen „Psychologie der Dementia praecox" ich verweisen muß[1]).

Hier nur folgendes:

Wir müssen uns klar sein, daß wir nicht voraussetzen dürfen, die Grundstörung zu treffen, wenn wir uns begnügen, die „psychische Höchstfunktion" (Groß), oder, was damit identisch ist, die „Apperzeption" im Sinne Wundts (Weygandt) als gestört zu erklären.

Jede allgemeine Störung muß doch die kompliziertesten Funktionen am meisten schädigen; solange also der Mechanismus nicht nachgewiesen ist, durch den gerade die „Höchstfunktion" angegriffen wird, sind wir damit der Pflicht, nach Elementarsymptomen zu suchen, nicht enthoben.

Es ist auch nicht besser, wenn man statt der Höchstfunktion im allgemeinen nur eine Seite derselben heraushebt, wie die Aufmerksamkeit (Tschisch; nach Arndt, 24, S. 98) oder die „Fonction du réel" oder die „Ichsynthese" oder den „Umfang des Bewußtseins" (P. Janet).

Aber auch Ausdrücke wie „Schwäche der Vorstellungen" (images mentales) (Sérieux), „diminution de l'activité volontaire et intellectuelle" oder „incapacité de l'effort mental" (Masselon), „abaissement du niveau mental" sagen uns nichts, obschon sie eine Allgemeinstörung bezeichnen sollen. Es fehlt jeder Anhaltspunkt, die Störung bloß quantitativ-dynamisch aufzufassen, sehen wir doch in einzelnen

[1]) Für meinen Geschmack ist allerdings der Autor more philosophorum etwas zu säuberlich mit seinen Vorgängern umgegangen. Theorien, die aus Richtigem und Falschem gemischt sind, werden der Wissenschaft gefährlicher als ganze Irrtümer, und Auffassungen, die nur „in einem gewissen Sinne" eine Berechtigung haben, stellen immer Unheil an, weil der nötige Vorbehalt nicht jedesmal gemacht werden kann. Scharfe Begriffe kann man nur bekommen durch rücksichtslose Negation alles dessen, was nicht dazu gehört, handle es sich um einfache Dinge oder um ganze Theorien.

Fällen eine große Entfaltung psychischer Energie. Will man aber doch eine „Schwächung der psychischen Tätigkeit“ (Freusberg) annehmen, so kann die Hypothese alles und folglich nichts erklären; der Begriff ist zu allgemein. Soll der Ausdruck „abaissement du niveau mental“ aber das „Herabsinken“ der bewußten Tätigkeit auf Funktionen, die für gewöhnlich unbewußt sind, bezeichnen, so enthält der Ausdruck keine Erklärung, sondern er faßt nur einen wichtigen Teil unserer psychologischen Beobachtungen an Schizophrenen in Worte, die mißverständlich sind, indem sie auch dynamisch verstanden werden können.

Alle diese Worte bedeuten Scheinerklärungen, die aber den nicht zu unterschätzenden Wert haben, daß sie eine Diskussion möglich machen und zu neuer Beobachtung anregen.

Es gibt auch Theorien für der Schizophrenie angehörende Krankheitsbilder, die eine Lokalisation in gewissen Teilen des Gehirns oder der Psyche annehmen. Viel mehr eine sehr gute Beobachtung als eine Erklärung ist die Annahme Neissers, der ein Eingreifen tieferer, Bewußtsein nicht vermittelnder Hirnteile supponiert. Das Hypothetische — und sicher auch Falsche — liegt nur darin, daß der Autor die unbewußten psychischen Funktionen in tiefere Hirnteile verlegt als die bewußten.

Van Erp Taalman Kip meint, der chronische Wahnsinn sei zum Unterschied von allen anderen Psychosen eine infrakortikale Krankheit. — Pfister (564) möchte in einem Falle die Schriftbizarrerie mit einem Trauma des l. Gyrus angularis in Verbindung bringen. — Lomer (423) nimmt gar bei einer Patientin, die halluzinatorisch ein Attentat durchlebte und dabei alles in häßlichem Grün sah, Kontraktion der Retinagefäße an. Hätte er ein bischen psychologisch gedacht und gesucht, so hätte er wohl gefunden, was für eine Vorstellung von unerwünschter „Hoffnung“ sich da in grün ausdrückte.

De Buck erklärt die Katatonie aus Störungen des Willens, der obersten Zusammenfassung der begleitenden Gefühle und der Umsetzung in Handlung, Funktionen, die er in die tiefen Schichten der Hirnrinde verlegt.

Wernicke (804, S. 449) macht den Übergang zu den psychischen Lokalisationen, wenn er sagt: „die sogenannten hypochondrischen Lähmungen geben den Beweis, daß der Ausschluß des Willens sich in lokalisierten Muskelgebieten geltend machen kann“. Es handelt sich aber nicht um lokalisierte Muskelgebiete, sondern um Vorstellungen von lokalisierten Muskelgebieten, was etwas ganz anderes ist.

Försterlings Ausdruck einer „autopsychischen Identifikationsstörung“ ist natürlich nicht eine Erklärung, sondern ein Name für eine einzelne Symptomengruppe, die sich auf die Person bezieht.

B. Der Krankheitsprozeß.

Was der schizophrene Prozeß ist, das wissen wir nicht. Die Anatomie zeigt uns in vorgeschrittenen Fällen eine leichte Hirnatrophie und bestimmte histologische Veränderungen[1]).

Die Bedeutung dieser Befunde aber ist uns unbekannt.

Die Atrophie kann die Symptome nicht erklären, da diffuse Reduktion der Hirnrinde ganz andere Erscheinungen macht; von den histologischen Veränderungen wissen wir nicht, ob sie die Ursachen der Psychose oder bloß den psychischen Symptomen parallele Erscheinungen sind, indem beispielsweise ein toxisches Agens einerseits die psychischen Symptome, anderseits die anatomischen Veränderungen hervorbringt.

---

[1]) Siehe die von Alzheimer bearbeitete Anatomie der Psychosen in diesem Handbuch.

Kahlbaum hat Gehirnödem mit der Katatonie in Beziehung gebracht. Auch wir haben bei einzelnen schweren, tödlichen Fällen starkes Hirnödem und auffallend pralle Anfüllung der Maschen der Arachnoidea gesehen, und die Symptomatologie gewisser Verwirrtheits- und Benommenheitszustände scheint damit im Zusammenhang zu sein[1]).

Kiernau und Weber (797) fanden Überreste einer allgemeinen oder toxischen Meningitis bei der Dementia praecox; auch ich habe auffallend viele Trübungen der Pia und mehrmals längs den Gefäßen angeordnete weiße Knötchen gesehen, welch letztere vielleicht Überreste abgelaufener tuberkulöser Meningitiden sind. Das sind aber nichts weniger als konstante Befunde.

Doutrebente und Marchand haben in einem Falle Verdickung der Pia gefunden und meinen, es handle sich um eine daraus folgende Minderwertigkeit der Hirnanlage. Ideler (disk. Knechts Vortrag, Zeitschr. 1886, S. 331) meint, die Katatonie könne eine protrahierte Paralyse sein. Klippel und L'Hermite und andere (Soc. de psychiatrie de Paris 21./1. 1909, N. C. D. 1909, S. 616) bringen die Krankheit in Beziehung mit Kleinhirnatrophie. Schuele (675 *a*) und Ferrari denken an Atavismus, ersterer wegen der Wahn- und Mythenbildung, letzterer wegen Eigentümlichkeiten des schriftlichen Ausdruckes. Whitewell vermutet die Ursache des Stupors in einer kongenitalen Hypoplasie des Gefäßsystems, Meynert (473, S. 121, und 474, S. 184) in Hydrokephalus, Natverschließung und leicht transsudierenden Gefäßen.

Viele denken sich die Schizophrenie als Ausdruck einer ab ovo krankhaften Hirnanlage. Das Mitsprechen der Heredität, die Häufigkeit der Krankheit bei Imbezillen und nach Hirntraumen, die abnormen Charakteranlagen vieler späterer Schizophrenen deuten in dieser Richtung. Das aber, was man als abnorme Anlage auffaßt, kann bereits Äußerung der Krankheit selbst sein. Und wenn wir die Literatur fragen, welche Gehirne denn zu solchen Geisteskrankheiten neigen, stehen wir einem vollständigen Tohuwabohu gegenüber. Man will rüstige und invalide Gehirne unterscheiden, man trennt die Degenerierten von den Nichtdegenerierten, die Psychopathen von den Normalen, die Psychoneurotischen von den psychisch Entarteten — aber was der eine positiv rechnet, wird beim andern negativ gezählt[2]); die nach diesen Schemata abgetrennten Krankheiten decken sich gar nicht, und was am schlimmsten ist, wenn man die Aufstellungen an einem größeren Material nachprüft, so konstatiert man lauter Widersprüche, die dadurch nicht klarer werden, daß man eben eine fast unendliche Zahl von Abweichungsrichtungen vom Normalen findet, und daß zur Zeit noch keine dieser Richtungen mit irgend einer der bekannten Psychosen in Verbindung gebracht werden kann.

Die Frage, welche von den vorkraepelinschen Krankheitsbildern auf einer schlechten Gehirnanlage beruhen, ist also nicht beantwortet, und sie ist auch nicht beantwortbar, wenn wirklich die alle jene Psychosen umfassende Schizophrenie eine natürliche Gruppe bildet. Die Frage aber, ob es eine besondere Hirndisposition zur Schizophrenie gibt, und wie sie sich ausdrückt, ist noch gar nicht in Angriff genommen, so daß wir auch von ihr nicht wissen, ob sie überhaupt lösbar ist.

Zur Zeit beliebter sind die toxischen Theorien, die sich teilen in autotoxische und infektiöse.

Die einzige Stütze für die erstere Annahme bilden die Versuche Bergers (52), der im Blut von Katatonikern eine auf die motorischen Rindenzentren des Hundes

[1]) Vgl. auch Tetzner, Reichardt und Gianelli.

[2]) Neben den vielen Autoren, die manche Erscheinungsformen der Schizophrenie der angeborenen oder ererbten Invalidität des Gehirns zuschreiben, sei Ossipow (539, *a*) erwähnt, der die Katatonie „eine Erkrankung des bis dahin gesunden Gehirns" nennt.

reizend wirkende Substanz fand, die bei andern Krankheiten inklusive halluzinatorischer Verwirrtheit fehlte. Da die Katatonie bis jetzt klinisch nicht von der letzteren Krankheit abgrenzbar ist, und die Versuche viel zu wenig zahlreich sind, erlauben die Untersuchungen noch gar keinen Schluß. Auch könnte das betreffende Gift ein akzidentelles oder sekundäres sein.

Im übrigen stehen die autotoxischen Theorien bislang ganz in der Luft. Die Thyreoidea ist mehrfach angeschuldigt worden, das schizophrene Gift zu liefern oder es nicht zu neutralisieren. Einen Grund zu der Annahme kenne ich nicht; die Unwirksamkeit von Thyreoidin und das unterschiedslose Vorkommen der Krankheit in Kropfgegenden wie an der Meeresküste spricht aber mit Entschiedenheit dagegen. — Weniger sicher auszuschließen ist der Zusammenhang mit einer Hyperfunktion der Thyreoidea im Sinne des Basedow[1]), besonders da die meisten Basedowpsychosen trotz ihrer ziemlich lebhaften Affektivität der Schizophrenie so ähnlich sehen, daß sie bis jetzt von ihr nicht getrennt werden können. — Von jeher hat man die Krankheit mit der Geschlechtsfunktion in Verbindung gebracht, und da wurden auch die Keimdrüsen verdächtigt (Lomer, Tschisch). Die Häufigkeit des Krankheitsbeginnes mit und gleich nach der Pubertät, die Verschlimmerungen während der Menses, die Häufigkeit der Onanie, das Vorherrschen sexueller Wahnideen scheinen ja auf einen Zusammenhang mit der Genitalfunktion zu deuten. Die Kastration heilt aber die Krankheit nicht (vgl. Therapie). Bornstein meint, es könne sich um Übertreibung eines Pubertätsvorganges handeln, weil der O-Stoffwechsel bei Kindern höher, bei seinen Schizophrenen niedriger ist als bei gesunden Erwachsenen. Dide (173) hat in den Genitaldrüsen nichts gefunden, was die Psychose erklärte. Haberkant findet darin einen genetischen Zusammenhang von Dementia praecox und Osteomalazie, daß beide von der Keim- und Schilddrüse abhängig seien.

Die Franzosen betrachten die verschiedensten Delirien und Verwirrtheitszustände, von denen die meisten zur Schizophrenie gehören, als Folgen einer Giftwirkung. Dercum hält die Verwirrtheit für ein Zeichen der Intoxikation, die Systematisierung bei geordnetem Benehmen für ein Zeichen einer Hirnveränderung.

Bei Psychosen, die der Schizophrenie zuzuzählen sind, möchten viele Autoren der Erschöpfung oder irgend einer andern Form körperlicher Schwäche einen wichtigen ätiologischen Einfluß zuschreiben. Stadelmann supponiert eine „Ermüdungsanlage“ als Disposition zur Katatonie. v. Krafft-Ebing meinte, der „halluzinatorische Wahnsinn“ trete dann ein, wenn ein Hirn, das infolge neuropathischer, speziell hereditärer Konstitution schon vorher mit reizbarer Schwäche behaftet ist, von erschöpfender Ursache betroffen wird. Demgegenüber mag bemerkt werden, daß Tschisch umgekehrt Gewicht darauf legt, daß er kräftige, blühende, nicht belastete Personen an Katatonie erkranken sah. In Wirklichkeit wird es sich so verhalten, daß der Kräftezustand mit der Krankheit nichts zu tun hat; auch der Verlauf scheint weder durch den Kräftezustand beim Ausbruch noch durch Abstinenz oder Überernährung während der Krankheit beeinflußt zu werden (Zablocka). Den Übergang zu den infektiösen Theorien bildet die Ansicht Dides, der irgend eine Infektion, z. B. die so häufige tuberkulöse, annimmt, und der von ihm bei Katatonie und Hebephrenie häufig gefundenen Leberverfettung die ungenügende Entgiftung zuschreibt. Die paranoiden Formen, bei denen er die Leberveränderung nicht gefunden hat, wären nach seiner Ansicht vielleicht sekundäre Folgen der „toxi-infektiösen“ Prozesse.

Am meisten Wahrscheinlichkeit hat der infektiösen Auffassung Bruce verliehen, der in Krankheiten, die wir den akuten Zufällen der Schizophrenie zuzählen

[1]) Nach Abschluß der Arbeit kam mir der Bericht Berkleys über Heilungen durch partielle Strumektomie und Jodlezithin zu Gesicht. Die Beobachtung bedarf der Nachprüfung.

müssen, nicht nur Bakterien im Blute gefunden hat, sondern namentlich auch aus dem Verhalten der Leukozytose auf eine Infektionskrankheit schließen möchte. Auch Dide und Sacquépée haben ähnliche Befunde erhoben. Der Weg ist ein gangbarer, aber die bakteriologischen Befunde sowohl wie die hämatologischen Untersuchungen sind ganz ungenügend. Immerhin schließen sich oft recht schwere Schübe an eine akute Infektionskrankheit, so daß der Gedanke nicht ganz abzuweisen ist, die Schizophrenie könne eine Nachkrankheit gewisser Infektionen sein. Die Krankheit könnte aber auch direkt durch eine oder mehrere spezifisch wirkende Infektionen hervorgerufen sein, die chronisch oder akut auftreten und lange Zeit latent bleiben mögen, von denen aber der Körper nur in Ausnahme fällen wieder ganz frei werden kann. Wenn die jetzt noch häufige Auffassung des Zusammenhanges von chronischem und akutem Gelenkrheumatismus richtig ist, so geben uns diese Infektionen ein Analogon zum Verlauf der Schizophrenie. Die Arthritis deformans kann chronisch oder akut auftreten; nach einem akuten Schub bleiben oft anatomische Residuen in den Gelenken; die gleichen Veränderungen können sich aber auch chronisch ausbilden; die akuten Symptome, die Schmerzen, können gelinde und heftig, als bloßes dann und wann auftretendes Zwicken in den Gelenken oder als lähmender Anfall von Gliedersucht zur Erscheinung kommen; sie können jahrelang aussetzen oder auch viele Jahre lang fast täglich oder wöchentlich zu spüren sein. Sind aber die lokalen Prozesse intensiv, so bewirken sie immer mit der Zeit bestimmte Veränderungen an den Gelenken, die in den hochgradigen Fällen den Kranken kontrakt machen.

Genau so verläuft die Schizophrenie. Aus der Parallele möchte ich aber nicht mehr schließen als auf die Möglichkeit einer analogen Infektion.

XI. Abschnitt.

Die Therapie.

Die Therapie der Schizophrenie ist, abgesehen von der Behandlung der rein psychogenen Erkrankungen, wohl die dankbarste für den Arzt, der nicht die natürliche Heilung einer Psychose unrechtmäßigerweise seinen Maßnahmen zuschreiben will.

Eine eigentliche Prophylaxe der Krankheit kennen wir zwar noch nicht. Die Hereditätsverhältnisse geben uns einen Fingerzeig, daß Mitglieder gewisser schwer belasteter Familien nicht heiraten sollten. Alkoholikerkinder sind mehr gefährdet als andere: darin liegt eine Indikation zur Bekämpfung des Alkoholismus. Was sonst etwa zu sagen wäre, deckt sich mit der allgemeinen Prophylaxe der Geisteskrankheiten.

Noch schlimmer steht es bis jetzt mit der individuellen Vorbeugung, da wir die auslösenden Ursachen der Krankheit nicht kennen. Onanie, Liebesgram, Überanstrengung, Schreck zu vermeiden kann man mit gutem Gewissen empfehlen, weil es sicher auch sonst gut ist, sich vor diesen Dingen zu hüten. Daß jemals durch solche Vorsicht eine Schizophrenie am Ausbrechen verhindert wurde, ist nicht zu beweisen.

Ein wenig günstiger stehen wir — wenigstens theoretisch — dem Prodromalstadium gegenüber. Ist einmal die Diagnose wahrscheinlich oder sicher, so wird kein Arzt auf die allgemeinen Vorsichtsmaßregeln verzichten: möglichste körperliche Hygiene, wozu namentlich genügende Schlafgelegenheit und Nahrung gehört; Vermeidung aller Exzitantien toxischer oder psychischer Natur; wir wissen ja, daß solche Schädlichkeiten nicht selten die Krankheit manifest machen oder verschlimmern. Wir dürfen aber etwas weiter gehen. Starke Affekte befördern den Ausbruch von akuten Anfällen. Viel Widerspruch verschlimmert die Krankheit; Müßiggang begünstigt die Herrschaft der Komplexe, während eine geregelte Arbeit das normale Denken in Übung erhält. Die daraus entstehenden Forderungen sind nicht immer unerfüllbar, da es sich so oft um Kranke handelt, die von den Eltern abhängig sind.

Alle ehrgeizigen Pläne müssen aufgegeben werden. Dafür muß man suchen, den Kranken zu einer leichteren Beschäftigung anzuhalten, bei der ein gelegentliches Aussetzen nicht zu viel zu sagen hat, so daß man sich nicht mit ihm streiten muß, wenn ihn eine hebephrene Laune von der Arbeit abhält. Land- oder Garten-

arbeit ist natürlich am geeignetsten, namentlich auch deshalb, weil die Kranken die allgemein als „gesund" geltende Beschäftigung gerne als kurmäßige betrachten und so sich leichter dazu bereden lassen als zu anderen Berufswechseln. Für Mädchen ist natürlich auch Hausarbeit unter geeigneter Leitung zu empfehlen. Mechanische Bureauarbeit kann in einzelnen Fällen ganz gut tun; warnen muß man aber vor selbständiger Kopfarbeit, sobald damit eine gewisse Verantwortlichkeit verbunden ist; fehlerfreie Leistungen sind eben selten zu erwarten, und der unvermeidliche Tadel würde die ganze Arbeitsfreudigkeit zu sehr gefährden. Den Affekten als solchen kann man nicht ausweichen; um so mehr soll man Situationen vermeiden, die Gelegenheit zu gemütlichen Erregungen geben. Vor allem sind bei Unverheirateten nähere Bekanntschaften mit dem anderen Geschlechte, bei Verheirateten Gelegenheiten zu ehelicher Unzufriedenheit gefährlich. Bei Frauen ist das Eintreten der Schwangerschaft mit allen Mitteln zu verhüten.

Leider ist es nötig, die Empfehlung der Heirat besonders zu erwähnen. Nicht nur Mütter und Basen sind sehr oft zu einer solchen Maßregel geneigt, auch Ärzte verfallen merkwürdigerweise darauf; und zwar nicht nur dann, wenn sie die „Entschuldigung" der falschen Diagnose „Nervosität" anführen können. In einem Fall empfahl ein Arzt die Heirat, weil doch die Wahnideen sexueller Natur seien. Die Konsequenzen sind natürlich die bedauerlichsten, indem dann noch eine zweite Familie und bei der nicht auszuschließenden Heredität vielleicht auch die Kinder unglücklich gemacht werden. Ist die Krankheit diagnostiziert oder vermutet, so ist vom Heiraten unter allen Umständen und mit möglichster Energie abzuraten.

Dringend ist auch vor allen teuren Kuren zu warnen. Wie oft empfehlen noch Ärzte und Nichtärzte chronischen Patienten alle möglichen Nervenkuren! Die näheren und manchmal noch die entfernteren Verwandten opfern dem unheilbaren Kranken ihr Vermögen, um später mit ihm der Armut zu verfallen. Ein Kleinbauer von einigem Besitz ist ökonomisch herabgekommen, weil der Arzt seiner Tochter unter anderm andauernd 2 Flaschen Champagner täglich verschrieb. Auch in wohlhabenden Kreisen muß nicht selten die Erziehung der gesunden Kinder darunter leiden, daß einem Kranken ganz unnützerweise zu viel geopfert wird. Sagen wir es uns und anderen ganz offen, wir kennen bis jetzt keinen Eingriff, der die Krankheit als solche zur Heilung oder nur zum Stillstand bringen könnte.

Auch wenn die Kranken in die Anstalt gebracht sind, soll man noch Rücksicht auf die Verhältnisse der Familie nehmen. Für recht viele der schwerer Kranken ist es dauernd oder doch vorübergehend vollständig gleichgültig, in welcher Klasse sie verpflegt werden. Man sage das in solchen Fällen bei Zeiten der Familie, die nur zu leicht geneigt ist, der Liebe, aber auch oft der Eitelkeit oder dem Geschwätz der Nachbarn Hilfsmittel zu opfern, die in anderer Weise viel nützlicher verwendet werden könnten.

Man hat sowohl im Prodromalstadium wie bei der ausgesprochenen Krankheit einige Mittel empfohlen, die heilen oder doch bessern sollten. Man hat natürlich in neuerer Zeit die Organotherapie (Kraepelin, Sprague und Hill) versucht und nach Analogie des Myxödems Thyreoidea gegeben, sogar Nebenschilddrüse haben die Kranken bekommen (Pighini) — ohne Erfolg. Jod und Thyreolezithin wird neuerlich wieder bei Katatonie empfohlen.

Die von Lommer und von Rohé wieder angeratene Kastration ist dem Patienten selbst unnütz[1]); Sterilisation wird aber hoffentlich hier wie bei anderen koitusfähigen Trägern einer pathologischen Anlage aus rassehygienischen Gründen bald in größerem Maßstab angewendet werden können.

Erfolge von gynäkologischer Behandlung, die von Zeit zu Zeit von jemandem empfohlen wird, habe ich nicht gesehen, eher Nachteile (womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß man offenkundig sexualleidende Frauen nicht örtlich behandeln darf).

Die entsprechende Behandlung der Männer mit Bougieren, Tuschieren usw. hat natürlich nicht mehr Erfolg, obschon sie sich wenigstens gegen ein bestimmtes Symptom, das auch als Ursache angesehen wird, die Onanie, richtet. Als Palliativum gegen dieses Symptom, nicht aber gegen die Krankheit, mag dafür hier das Brom erwähnt werden, das in einzelnen Fällen wirklich den Geschlechtstrieb und die Onanie herabsetzt, bezeichnenderweise aber keinen Einfluß auf die Krankheit hat. Hecker will auch in einem Falle durch sehr kleine Dosen Brom die sexuellen Beziehungen in den Reden beseitigt haben.

Man wird ja unter Umständen, namentlich in der Privatpraxis, auch nicht ganz auf die diätetische Bekämpfung der Onanie verzichten und daneben kühles und nicht zu weiches Lager verordnen; ich muß aber hinzufügen, daß diese Mittel bei der Schizophrenie von sehr problematischer Wirksamkeit sind, und daß es sich, wenn nicht besondere Gründe es nötig machen, hier kaum lohnt, den wenig erfolgreichen Kampf gegen die schlechte Gewohnheit aufzunehmen.

Wo ein neuer Anfall durch die Gravidität ausgelöst scheint, muß man an Abort denken. In einem Fall, wo dieser aus gynäkologischen Gründen ausgeführt worden ist, und die Furcht, von ihrem Manne noch mehr Kinder zu bekommen, der Hauptkomplex der Kranken war, habe ich eine unmittelbar anschließende Besserung gesehen. Ich getraue mir aber beim jetzigen Stand der Gesetzgebung nicht, aus psychischen Gründen den Eingriff zu empfehlen, obgleich ich die Kinderzeugung durch eine schizophrene Mutter für ein Unglück halte.

Gegen die Krankheit selbst werden natürlich alle Arten von Diätkuren empfohlen; namentlich in England wird auch Gewicht gelegt auf Mästung. Ich habe von allen diesen Dingen weder Gutes noch Böses gesehen, soweit es sich nicht um Alkoholentzug handelt.

Die Bluttransfusion ist von Carlo Livi bei der „lipemania stupida" empfohlen worden. Auch Kochsalzinfusionen hat man versucht, aber ohne Erfolg (z. B. in Ufa. W.S. 1904/05, S. 490).

Die Beobachtung, daß nach fieberhaften Krankheiten manchmal eine Remission eintritt, hat Veranlassung gegeben, künstlich Fieber zu erzeugen (Wagner v. Jauregg). Man hat geradezu Erysipel und Streptokokken eingeimpft (Catala, Boeck). In neuerer Zeit werden die Versuche in weniger gefährlicher Weise, etwa mit Tuberkulin, getöteten

[1]) Ich erinnere mich genauer an vier kastrierte Schizophrene. Ein Mann hatte sich selbst die Hoden abgeschnitten; zwei Frauen sind wegen „nervöser Beschwerden", d. h. in Wirklichkeit wegen der Geisteskrankheit, und eine dritte wegen entzündlicher Prozesse in den inneren Genitalien kastriert worden. In keinem Falle zeigte sich ein günstiger Einfluß auf den Verlauf. Zweimal schloß sich die Verschlimmerung, d. h. die manifeste Geisteskrankheit, an die Kastration an, und es bildete die Vorstellung, kein ganzer Mensch mehr zu sein, einen integrierenden Bestandteil der Krankheitssymptome. Auch halbseitige Kastration war bei einem Manne ohne Einfluß. So bestätigt die allerdings nicht große Erfahrung die selbstverständliche Überlegung, daß sexuelle Gedanken nicht auf eine sexuelle Genese der Krankheit hinweisen; sie gehören ja zum normalen Menschen, und ihr Vorhandensein zeigt also eher das Gegenteil, nämlich daß die psychische und physische Sexualität normal oder wenigstens aktionsfähig sei.

Kulturen von Bacillus pyocyaneus, mit Antistreptokokkenserum (Marr), gemacht. Es ist noch nicht bewiesen, daß auf diesem Wege nicht doch Besserungen erzielt werden können.

Bruce, der die zur Schizophrenie gehörenden Psychosen zum großen Teil als Infektionspsychosen ansieht, hat Terpentininjektionen empfohlen, um durch Vermehrung der Lymphozyten die Widerstandskraft zu erhöhen; der Wert dieser Behandlung ist noch problematisch[1]).

Man hat auch Zustände, die zu unserer Schizophrenie gehören, von Vergiftungen vom Darm aus ableiten wollen und Abführmittel gegeben, ja den Darm desinfiziert (Macpherson). Man hat keine Anhaltspunkte, die Ansicht für richtig zu halten.

Ist die Krankheit erkannt, so ist die Frage zu entscheiden, ob Anstaltsbehandlung oder nicht. Die Anstalt als solche heilt die Krankheit nicht. Sie kann aber erziehen und kann akute durch psychische Einflüsse erzeugte Aufregungszustände verschwinden machen. Sie bringt dabei die Gefahr, daß der Kranke dem normalen Leben zu sehr entfremdet wird, und auch die Angehörigen sich an die Anstalt gewöhnen. Nach einer Anzahl von Jahren hat man deswegen oft die größten Schwierigkeiten, auch weitgehend Gebesserte draußen unterzubringen (Kahlbaum, S. 98; Bleuler, 72 *b*).

Behandlung unter normalen Umständen und in gewöhnlicher Umgebung ist ceteris paribus vorzuziehen. Der Kranke soll nicht in die Anstalt kommen, weil er an Schizophrenie leidet, sondern nur dann, wenn eine bestimmte Indikation dafür da ist. Eine solche ist natürlich gegeben, wenn der Kranke zu störend oder gefährlich wird, wenn Zwangsmittel angewendet werden müssen, wenn er die gesunden Familienglieder aufzureiben droht, wenn er sich nicht mehr beeinflussen läßt. In letzterem Falle wird die Anstalt den Kranken zu einem erträglichen Verhalten zu erziehen suchen und dann wieder entlassen.

Die Entlassung aus der Anstalt erfolgt nach gleichen Grundsätzen. „Heilung" braucht man nicht abzuwarten. Im ganzen kann man als Regel aufstellen, daß die frühen Entlassungen die besseren Resultate haben. Anscheinend ganz schwer Kranke benehmen sich draußen oft plötzlich ganz gut. Man muß aber alles abwägen; namentlich auch Rücksicht nehmen auf die Eigenschaften der Verwandten, die ebensogut einen Kranken verderben wie weiter erziehen können. Hat man passende Arbeit für den Gebesserten, so wird man viel weniger lange zögern wie im gegenteiligen Falle. Welche der aufgeregten Kranken sich zu frühzeitiger Entlassung eignen, ist schwer zu sagen. Je „organischer", je weniger psychogen das Bild aussieht, um so weniger Chancen hat die Entlassung. Das einzige, allerdings oft gut anwendbare Kriterium ist die Fähigkeit der Patienten, auf Veränderungen in Umgebung und Behandlung zu reagieren[2]).

---

[1]) Itten hat hier bei Schwerkranken Versuche mit Nucleinsäure gemacht, ohne jeden Erfolg.

[2]) In schlechten, überfüllten Anstalten, die ja immer seltener werden, werden die Schizophrenen, so weit sie sich dazu hergeben, Arbeitssklaven des Personals, das sie wie unartige Gesunde behandelt; sobald sie ein wenig besser sind, müssen sie aus Platzmangel entlassen werden, wozu der Arzt leichter die Hand zu bieten geneigt ist als da, wo man sich viel mit den Kranken beschäftigt und die Krankheit noch deutlich sieht. So wird unwillkürlich der Verpuppung der Kranken gewehrt, und gewisse Klassen, die in (nach gewissen Begriffen) „guten" Anstalten hängen bleiben, werden aus diesen schlechten „geheilt" entlassen.

Daß zu frühe Entlassungen an sich bei Schizophrenen schaden, wie bei Manisch-Depressiven, glaube ich nicht. Dagegen können die Verhältnisse draußen so sein, daß sie neuen Rückfall bewirken (Zusammentreffen mit dem Geliebten, Streit in der Familie, Zusammenleben mit einer glücklich verheirateten Schwester, die die Patientin an die eigene Unfähigkeit, zu heiraten, erinnert).

Kann man die Kranken nicht in der eigenen Familie unterbringen, so leistet oft die Pflege in fremden Familien sehr gute Dienste; nur verlangt diese natürlich eine Überwachung von kompetenter Seite. Namentlich die abgelaufenen Fälle, die in einer Anstalt mit etwas Bewegungsfreiheit Disziplin gelernt haben, eignen sich für die organisierte Familienpflege.

Die einzige zur Zeit ernst zu nehmende Therapie der Schizophrenie im ganzen ist die psychische. Leider sind wir aber auch da noch nicht weit über eine bloße Empirie hinaus. Da die Symptomatologie der Krankheit von den Komplexen beherrscht wird, und da man von diesen aus oft in die Psyche des Kranken eindringen kann, sollte man erwarten, daß man sie von da aus auch beeinflussen könnte. Besserungen auf psychische Einflüsse finden auch unzweifelhaft statt, aber wir können im einzelnen Falle nicht sagen, was zu tun ist, um die Besserung herbeizuführen, wir sind also aufs Tasten angewiesen, ja ich möchte sagen darauf, dem Zufall recht viele Möglichkeiten zu bieten, damit er eine derselben benutzen könne. Tut man das und im richtigen Moment, so kann man aber recht viel erreichen.

Auf der Höhe der eigentlichen Krankheitsschübe ist bis jetzt nichts zu machen. Wir müssen die Besserung abwarten. Schwierig ist es aber in vielen Fällen, das Ende dieses Stadiums zu erkennen. Ein Katatoniker kann noch schwer krank erscheinen, negativistisch, gewalttätig, autistisch im höchsten Grade sein und doch schon auf bestimmte Einflüsse von Seite der Umgebung reagieren und bei einer Versetzung nach Hause plötzlich den Verwandten als gesund imponieren. In solchen Fällen sehen wir eigentlich erst aus dem Erfolg, daß die Krankheit eine andere geworden ist. Wer aber gut untersucht und beobachtet, wird meist vorher schon Anzeichen finden, daß nun mit dem Kranken etwas zu machen wäre.

Es kommt noch etwas hinzu.

Daß ein akuter Anfall von Schizophrenie ausgebrochen ist und dauert, daß der eigentliche Krankheitsprozeß weiter geht oder stille steht, ist von unserem Handeln meist unabhängig. Daß aber ein bestimmter Kranker nun gerade sich auf den Kopf stürzen will, daß er schmiert, daß er Scheiben einschlägt, Kleider zerreißt u. dgl., das ist nicht direkt durch den Krankheitsprozeß bedingt, sondern das ist eine Reaktion seiner Komplexe auf innere und namentlich äußere Erlebnisse. Es ist also potentia immer die Möglichkeit vorhanden, den Kranken in seinen Symptomen zu beeinflussen.

Auf welchem Wege aber, das ist im einzelnen Falle wie im allgemeinen schwer zu sagen. Es gibt Regeln, die sich geradezu widersprechen und doch richtig sind, je nach dem Fall und der Umgebung. So soll man vor allem danach trachten, den Negativismus nicht zu reizen; je weniger Widerstand und Widerspruch beim Personal, um so weniger Neigung zu Widerstand beim Patienten im Sinne des Negativismus. Auf der andern Seite kann man mit bestimmten Befehlen, wogegen ein Widerstand unnütz ist, sehr viel erreichen. In der Pflege-

anstalt Rheinau traf ich seinerzeit eine Anzahl Patienten, mit denen man nichts anzufangen wußte. Das Wartpersonal behauptete allen Ernstes, es sei unmöglich, sie z. B. zu kämmen oder zu waschen u. dgl. Die strikte und ganz unerbittliche Durchführung der Hausordnung auch in dieser Beziehung hatte bei allen innerhalb weniger Tage den Erfolg, daß sie den Widerstand aufgaben, und bei der Mehrzahl auch den, daß sie überhaupt zugänglicher wurden. Kann es einen Patienten von seinem Selbstmordtrieb heilen, wenn man ihn gewähren läßt, so kann es auch widerum den gleichen Effekt haben, wenn der Kranke die absolute Unmöglichkeit einsieht, dem Trieb zu folgen. Viele krankhafte Unarten lassen sich dadurch aus der Welt schaffen, daß man sie nicht duldet.

Die allgemeinen Aufgaben nun der Behandlung sind Erziehung und Herstellung des Kontaktes mit der Wirklichkeit, d. h. Bekämpfung des Autismus.

Beiden Aufgaben kann man oft lange Zeit nicht gerecht werden, bis die Kranken ihr Widerstreben aufgegeben haben und sich überhaupt beeinflussen lassen. Da ist es sehr wichtig, daß man gelegentlich einen Versuch macht. Bei keiner Krankheit ist es so nötig wie bei der Schizophrenie, dann und wann die äußeren Bedingungen zu ändern. Bleiben die Kranken immer unter den gleichen Umständen, so spinnen sie sich leicht immer mehr ein und werden immer weniger beeinflußbar. Deswegen auch der große Vorteil der Versetzungen auf andere Abteilungen, in andere Anstalten, nach Hause oder überhaupt in ein anderes Milieu. Namentlich die Versetzung in andere Anstalten sollte bei chronisch gewordenen Fällen mehr geübt werden können (Riklin, 611). Manchmal kann man auch bei aufgeregten Patienten die Versetzung auf eine bessere Abteilung zu einer Art Kontrakt benutzen. Eine Kranke z. B., die wegen beständigen Lärmens und immerwährender Gewalttätigkeit nur noch isoliert gehalten werden kann und sich dabei von Tag zu Tag verschlechtert, wird versetzt unter der Bedingung, daß sie sich gut halte, und mit dem ferneren Versprechen, sie so bald wie möglich zu entlassen. Sie ist vom Augenblick an ruhig und entlassungsfähig.

Am meisten wird die Arbeitstherapie allen Anforderungen gerecht. Sie übt die normalen Funktionen der Psyche, gibt unaufhörliche Gelegenheit zu aktivem und passivem Kontakt mit der Wirklichkeit, übt die Anpassungsfähigkeit, zwingt dem Patienten den Gedanken ans normale Leben draußen auf; und vor allem bietet die Arbeit fast die einzige Gelegenheit für das Wartpersonal, sich mit den Kranken eingehender zu beschäftigen; ist es doch keinem Menschen möglich, ohne solche äußere Anhaltspunkte mit Leuten, mit denen man keinen seelischen Rapport hat, auf die Dauer in psychischem Kontakt zu bleiben. Sogar im akuten Stadium ist die Arbeitstherapie oft anwendbar und nützlich. Jede Anstalt soll so eingerichtet sein, daß jedem Patienten zu jeder Zeit Arbeit angeboten werden kann. Arbeit im Freien wirkt in manchen Beziehungen am günstigsten. Für Frauen tut die gewohnte Hausarbeit nahezu die gleichen Dienste. Auch Abschreiben und andere mechanische Bureauarbeiten erweisen sich für manche Kranke, die einer solchen Beschäftigung von früher her gewohnt sind, ganz zweckmäßig. Anstrengung des Geistes ist in einer Großzahl von Fällen gar nicht zu erreichen, bei anderen schädlich. Sehr wichtig ist, daß die Arbeit so organisiert sei, daß sie sich eigentlich für den Kranken von selbst versteht. Die Patienten haben sich dann einfach in einen Organismus einzufügen, dem sie

schon durch den Eintritt in die Anstalt angehören; die Beteiligung an der Arbeit verlangt dann nichts, was einem besonderen Gehorsam ähnlich sähe und erregt so am wenigsten Negativismus.

Die Fälle, in denen die Arbeitstherapie nicht anwendbar ist, zeigt der Versuch. Man soll auch daran denken, daß manche Kranke ein abnormes Ermüdungsgefühl haben und deswegen nur vorsichtig oder zeitweise gar nicht zur Arbeit angehalten werden können. In seltenen Fällen vermehrt die Arbeit die Halluzinationen und muß dann auch ausgesetzt werden — aber womöglich nur temporär.

Bei Pseudovornehmheit, wo der Patient und eventuell sogar seine Angehörigen prinzipielle Einwände gegen Arbeit machen, kann künstlerische Betätigung ein Notbehelf sein, der in einzelnen Fällen ganz gute Dienste leistet, doch wegen des mangelnden Zwanges zum Kontakt mit der Wirklichkeit überwacht werden muß. Auch die Neigung zu Spielereien, Bizarrerien und namentlich bei der Musik zu bloßem Gefühlsdämmern bildet eine gewisse Gefahr. Immerhin wird man Berufskünstler während der Besserung sich, wenn immer möglich, in ihrem Fache betätigen lassen.

Auch der Sport kann als minderwertiges Ersatzmittel der Arbeit gelten. Neben der Arbeit aber hat er unter einer Bevölkerung, die ihn kennt, großen Wert. An anderen Orten müssen Spiele wie Karten, Billard, Kegel den gleichen Dienst tun.

Unterhaltungen aller Art inklusive Tanz und Spaziergänge sind für die dazu geeigneten Kranken oft sehr nützlich; sie erhalten den Kontakt mit der Wirklichkeit oder stellen ihn wieder her[1]). Chronisch eingesponnene Fälle können manchmal bei einem solchen Anlaß wieder die Wendung zum Besseren nehmen[2]).

Man sorge auch besonders dafür, daß der Sonntag, der für unsere Patienten im ganzen ein ungünstiger Tag ist, genug Gelegenheit zur Unterhaltung biete. Auch auf den unruhigsten Abteilungen soll Lektüre sich finden. Sehr gut ist es auch, wenn die Landesgebräuche nicht verbieten, daß weibliche Kranke an diesem Tage für sich arbeiten können (z. B. Spitzen häkeln, das ihnen etwas Taschengeld einbringt).

Die Erziehung der Kranken muß namentlich auf Selbstbeherrschung gerichtet sein. Damit ist zugleich eingeschlossen die Beherrschung mancher Krankheitssymptome. Viele Kranke können lernen, die Aufregungen zu unterdrücken, den Halluzinationen keine Folge zu geben, sich nicht von ihnen aufregen zu lassen, schlechte Gewohnheiten abzulegen. Intelligentere Leute von guten Anlagen bringen es in einzelnen Fällen zu einer bewunderungswerten Selbstbeherrschung. Man kann aber auch weniger gut begabten Kranken den Trieb beibringen, ihr Benehmen dem normalen so weit wie möglich anzupassen.

Wie bei aller anderen Erziehung ist natürlich auch hier in erster Linie auf eine gute Ausfüllung der Zeit hinzuarbeiten. Da viele Schizophrene die Lange-

---

[1]) Es ist natürlich wichtig, die Unterhaltungsanlässe alkoholfrei zu halten, da sonst oft die Nachteile die Vorteile überwiegen.

[2]) Auf einer Abteilung, die ich antrat, traf ich eine gewalttätige Patientin, deren Zelle nur von vier Wärterinnen zusammen betreten werden durfte. An Weihnachten nahm ich sie zur Feier. Am Berchtoldstage produzierte sie sich als Sängerin, und einige Wochen nachher war sie entlassen. Sie hat sich gehalten.

weile eingebüßt haben, muß man diese durch äußeren Stimulus ersetzen. Diejenigen aber, die noch Langeweile empfinden können, sollen in die Möglichkeit versetzt werden, sie zu verbannen; sonst fangen sie wie die Gesunden in gleicher Lage allerlei Unfug an.

Bei manchen feiner angelegten Kranken hilft in gewissen Stadien ein Appell an die Ethik, an den Ehrgeiz; oder es gelingt wenigstens, sie für irgend eine nützliche Beschäftigung zu interessieren. Bei den weiter fortgeschrittenen und bei von Natur weniger sensibel angelegten Patienten ist dieser Weg allerdings nicht gangbar. Da wird halt das bewährte Zuchtmittel von Zuckerbrot und Peitsche nicht zu entbehren sein. Nur soll die Peitsche so weit möglich nicht in Zufügung eines Übels bestehen, sondern in Nichtgewähren von Zuckerbrot, auf das die Kranken kein Anrecht haben. Unsoziales Benehmen führt so wie so notwendigerweise zu Übeln, die als Strafe aufgefaßt werden können, wie namentlich Versetzung auf eine Abteilung, wo eben die anderen Kranken auch unsozial und deswegen für den Patienten unangenehm sind. Ich halte es aber für einen Vorteil, auf Disziplinarmittel nicht ganz zu verzichten, wenn auch hier ein Zuwenig unendlich viel besser ist als ein Zuviel.

Man sollte meinen, daß religiöse Beeinflussung ein gutes Erziehungsmittel wäre. Ich habe aber bei der Schizophrenie noch keinen Erfolg davon gesehen. Ob diejenigen, die sie anwenden, nicht den richtigen Weg finden?

Eine besondere Aufgabe der Anstaltserziehung ist die Gewöhnung an die Freiheit. In den Anstalten können sich die Kranken nicht selbst dirigieren. Viele verlieren nach einiger Zeit die Fähigkeit dazu, wenn man nicht besonders darauf achtet. Man muß sie also durch Gewährung von Freiheiten, durch Ausgänge, Urlaube, Probeentlassungen, eventuell auch durch selbständige Arbeit in der Anstalt daran gewöhnen[1]). Auch die Kranken, die in den Anstalten verbleiben, kann man großenteils so erziehen, daß sie am Sonntag Spaziergänge machen[2]); es sieht ja viel menschlicher aus, wenn die Kranken ausgehen können; ich muß aber hinzufügen, daß ich mich im einzelnen Falle oft gefragt habe, ob ich einem solchen Patienten wirklich einen Dienst geleistet habe, wenn er an neue Bedürfnisse gewöhnt wurde.

Ein wichtiges Erziehungsmittel ist ein besonderer Wärter, der auch einen überwachungsbedürftigen Kranken von den anderen Elementen fernhalten und ihm Arbeit und Unterhaltung verschaffen kann. Da wo die Mittel etwas knapp sind, raten wir den Angehörigen oft, den Kranken in eine niedrigere Verpflegungsklasse zu versetzen und dafür einen Wärter zu bezahlen.

Der Suggestion durch das Milieu ist natürlich volle Aufmerksamkeit zuzuwenden. Eine gute Umgebung hat einen ganz andern Einfluß als eine querulierende oder lärmende. Das Geheimnis des Erfolges vieler Anstalten beruht auf viel Platz, vielen Abteilungen oder weitgehender Abschiebungsmöglichkeit zur Trennung der antisozialen Elemente. Die eigentliche Suggestivtherapie erreicht bei der Schizophrenie nicht viel. Manche der Kranken sind allerdings der Hypnose zugänglich; man kann ihnen Schlaf suggerieren, Halluzi-

---

[1]) Bei Probeentlassungen werden auch die Angehörigen zu richtigem Benehmen gegenüber den Kranken erzogen.

[2]) Besonders wenn die Anstalt nicht in der Nähe einer Stadt gelegen ist.

nationen für kurze Zeit wegbringen, sie für einmal ruhiger machen; aber die Erfolge sind nicht dauernd, außer in den Fällen, wo eben die Krankheit auch sonst abnimmt. Die Therapie lohnt also die angewandte Mühe nur selten. Immerhin habe ich in einem Falle mit sehr schlimm aussehenden, häufigen halluzinatorischen Aufregungen die von Forel begonnene Suggestivtherapie in dem Sinne fortgesetzt, daß ich den Patienten im Beginn jeder Aufregung hypnotisierte; schließlich erreichte man das definitive Ausbleiben der Aufregungen, so daß der Patient nun etwa 15 Jahre sich draußen hält. Versuche mit Aussetzen der Behandlung zeigten, daß die Besserung keine zufällige war.

Dagegen wird man auf die gewöhnlichen Suggestivmittel bei der Schizophrenie so wenig verzichten wie bei anderen Krankheiten. Wenn auch viel seltener, so ist es doch auch hier möglich, durch larvierte Suggestion ein Leiden zu heben, durch ein pulvis sacchari lactis Schlaf zu erzielen usw.

Das Aufdecken der Komplexe und Abreagierenlassen hat in den schwereren Fällen selten den Erfolg wie bei den Neurosen. Die Patienten werden dadurch nicht verändert. In leichteren Fällen allerdings, wie sie häufiger in der Privatpraxis als in Anstalten vorkommen, ist manchmal auf diese Weise ein deutlicher Erfolg zu verzeichnen, der unter Umständen einige Jahre lang dauert und auch bei Wiederholungen nicht ausbleibt. Wir haben aber auch gerade jetzt in der Anstalt einen ziemlich weit gediehenen Fall von Schizophrenie, der draußen in mehreren Sanatorien seine Schlaflosigkeit nicht los wurde, durch Abreagieren in wenigen Tagen zu einem normalen Schlaf gebracht. (Es ist für die Therapie irrelevant, ob es ein eigentliches Abreagieren gebe, oder ob es sich nur um eine andere Form larvierter Suggestion handle.) Die bei der Hysterie so gut zu fruktifizierende Übertragung der Zuneigung auf die Ärzte hat bei ausgesprochener Schizophrenie meist nur krankhafte „Liebe", gelegentlich mit konsekutiven geschlechtlichen Verfolgungsideen zur Folge.

Eine systematische Erziehung des Denkens wüßte ich bis jetzt nicht recht durchzuführen. Wenn man dem Kranken die Herrschaft über seine Komplexe gibt, so ist auch für gewöhnlich das Wünschbare erreicht. Man hat indessen auch geistige Gymnastik, Schulunterricht, empfohlen (in neuerer Zeit z. B. Masselon). Der Erfolg ist wohl nicht groß.

In vielen schwereren Fällen ist eine eigentliche Erziehung zu zielbewußt richtigem Handeln nicht mehr zu erreichen. Aber auch da ist ein Erfolg möglich, den man nicht anders als mit dem etwas anrüchigen Worte „Dressur" richtig bezeichnen kann. Die Kranken können dazu gebracht werden, mechanisch oder aus Gewohnheit das zu tun, was richtig ist. Sie beherrschen einigermaßen ihre krankhaften Antriebe, machen wenig oder nichts Böses, essen selbst, ziehen sich an und aus und sind oft noch mechanischer Arbeit fähig. Das sind im Hinblick auf das antisoziale Verhalten der negativistischen Schwerkranken keineswegs zu unterschätzende Resultate der Behandlung.

Wie man im einzelnen Falle handeln soll, muß dem Takt des Arztes überlassen werden. Nicht nur die Individualität des Patienten ist zu berücksichtigen, sondern auch die des Arztes; eine Maßregel, die in der Hand des einen Arztes sich bewährt, kann, von einem andern angewandt, nur Mißerfolge zeitigen. Die Hauptsache ist, daß man keinen Kranken ganz aufgibt, sondern immer wieder bereit ist, einzugreifen, ihm Gelegenheit zu bieten, aus seinem krankhaften

Gedankengang herauszukommen, daß genügend Geld und Personal da ist, um das Notwendige zu tun, und namentlich, daß in den Anstalten genügend Platz vorhanden sei, um jedem Kranken zu gegebener Zeit eine Umgebung und eine Behandlung teil werden zu lassen, die in diesem Moment für ihn die beste ist. Das letztere sind pia desideria, die man nie außer acht lassen soll. Einer besonderen Besprechung bedürfen die Bettbehandlung und die Isolierung.

Die Bettbehandlung ist für viele akute Fälle das Gegebene. So manche aufgeregte Kranke sind im Bett am besten zu halten. Es liegt in der Bettlage und im kleiderlos Sein eine nicht zu verachtende Suggestion zum ruhigen Verhalten. Außerdem gibt das Bett selbst mit seinen Decken und Laken in manchen Fällen Material zu einer Art unschädlicher Beschäftigung. Bei schwachen, abstinierenden Kranken ist auch aus körperlichen Gründen Bettruhe notwendig. Ich muß aber betonen, daß im ganzen die Bettbehandlung der Arbeitsbehandlung nicht gleich kommt. Ins Bett gehören nur Kranke, die aus irgend einem Grunde nicht arbeiten können. Natürlich war die Bettbehandlung ein großer Fortschritt gegenüber dem laisser aller, wie es früher an vielen Orten geübt wurde. Es hat ja namentlich den Vorteil, daß es Wartpersonal und Patienten einander näher bringt, daß das erstere gezwungen wird, sich mit seinen Kranken abzugeben, was für beide Teile so wichtig ist. Den gleichen Zweck erfüllt aber die Arbeit noch besser. Es gibt auch selten Kranke, die sich über die Arbeit beklagen, während ich in der Pflegeanstalt es in 12 Jahren nicht erreichen konnte, daß nicht viele Kranke das Bettliegen als eine sehr empfindliche Strafe ansahen[1]).

In neuester Zeit wird auch Bettbehandlung im Freien empfohlen. Diese hat natürlich ihre nicht zu unterschätzenden Vorteile: die Abwechslung; die Notwendigkeit einer genaueren Überwachung; dann die hygienischen und psychischen Wirkungen des Liegens in Licht und Luft. Ich habe aber leider noch keine Erfahrung in dieser „Behandlungsmethode".

Auch in bezug auf die Isolierung stimmen meine Erfahrungen nicht ganz mit den Prinzipien, die sich aus der modernen Literatur zu ergeben scheinen. Sie ist aus vielen Gründen ein Übel, aber in manchen Fällen ein notwendiges, und in vielen das kleinste von den vermeidbaren Übeln. Sie hat aber auch viel Gutes. Isolieren muß man, wenn man ein Herz für seine Kranken hat, oft deswegen, weil ein einziger unruhiger Patient einem ganzen Saal voll Kranker in der Nacht den Schlaf rauben und am Tag das Leben sauer machen kann und allerlei böse Suggestionen unter seine Kameraden bringt, so daß die Beruhigung der übrigen verhindert wird.

Für den Kranken selber aber kann die Isolierung ein ausgezeichnetes Erziehungsmittel sein. Und das viel weniger nach der Richtung der Peitsche, als nach der des Zuckerbrotes; die Fernhaltung aller Reize wird gerade von Schizophrenen sehr oft als Wohltat empfunden. Kranke mit plötzlichen Aufregungen, die sich noch nicht genügend zusammenzunehmen vermögen, können mit großem Erfolg jedesmal sofort isoliert werden, wenn man dafür Sorge trägt, daß sie das als eine Notwendigkeit und nicht als eine Strafe ansehen. Viele lassen sich dazu erziehen, daß sie beim Herannahen der Aufregung die Isolierung selbst

[1]) Nach Schuele und Anton (20) soll Bettbehandlung zu Wadenkrampf disponieren. Ich habe das nicht erlebt.

verlangen. Auf dieser Stufe haben sie schon ein Stück Selbstbeherrschung gelernt, und es wird dann leicht, die Türe des Isolierzimmers offen zu lassen, so daß die Kranken selbst entscheiden, wann sie wieder gesellschaftsfähig sind. Auch das ist wieder ein Erziehungsmittel, von dem aus manche zu voller oder doch größerer Selbstbeherrschung kommen[1]). — Daß Schizophrene ebenso wie Gesunde zum großen Teil lieber im Einzelzimmer schlafen, als unter einer meist nicht gerade sozialen Gesellschaft, wird merkwürdigerweise heutzutage oft übersehen. Ich habe von den Kranken lange nicht so viel Klagen über Isolierung gehört wie über das Bettliegen. Ja, ich war in der Pflegeanstalt oft gezwungen, die Isolierung mit irgend einem Übel zu verbinden, damit sie nicht von gewissen Patienten erzwungen werde.

Gerade bei der Schizophrenie hat aber die Isolierung Gefahren, wie sie bei einer andern Psychose nicht vorkommen. Der Schizophrene, der sich selber überlassen ist, spinnt sich leicht stärker in seinen Autismus ein, er fängt allerlei unangenehme Gewohnheiten an, so namentlich das Schmieren.

Wer die Isolierung richtig anwendet, wird nichts von solchen Nachteilen sehen. Ich kenne aus mehreren Anstalten die fast unverbesserlichen „Zellenprodukte" sehr gut. Ich kann aber auch hinzufügen, daß ich keines mehr habe entstehen sehen, und doch ist die Isolierung bei uns immer noch geübt, wenn auch am Tage viel seltener als früher. Natürlich wird man die Isolierung nie einen Augenblick länger ausdehnen als nötig, aber das Wesentliche liegt darin, daß man auch mit den isolierten Kranken immer Kontakt zu behalten sucht. Sie bleiben dann psychisch nicht isoliert; sie können ihre Klagen vorbringen; wir können im richtigen Moment die Isolierung aufheben oder sonst irgendwie auf die Kranken einwirken. Fangen sie schlimme Manieren an, so muß man sofort eine andere Behandlung einschlagen.

Für die palliative Therapie stellen die akuten Anfälle die wichtigsten, aber auch die schwierigsten Aufgaben. Viele Schizophrenen sind in den halluzinatorischen Zuständen beständig hochgradig erregt und dabei die am wenigsten beeinflußbaren Kranken, die in die Anstalten kommen. Ihre Selbstbeschädigungen, die Zerstörung von allem, was in ihrem Bereiche sich befindet, die tätlichen Angriffe auf das Personal, alles mit der größten Gewandtheit und Rücksichtslosigkeit ausgeführt, sind die schwersten Feinde des No-restraint. Ein wirkliches No-restraint wäre hier in den meisten Fällen die Zerstörung von allem, was zerstörbar ist, das Personal mit eingeschlossen. Wer hier meint, ohne Zwang auszukommen, der braucht das Wort Zwang in einem andern Sinne als der Sprachgebrauch verlangt.

Wie nun das notwendige Restraint anzuwenden sei, hängt von den Anstaltseinrichtungen, von den Erfahrungen und auch ein wenig von der Individualität des leitenden Arztes ab. Bettbehandlung wird zunächst versucht werden. Scheitert sie, so ist vom Dauerbad am meisten zu erwarten. Arbeit ist natürlich nur in den leichteren Fällen und mit Vorsicht zu verwenden; der Prozentsatz der leichter zu behandelnden Kranken ist abhängig von der Güte der Einrichtungen, von der Art der Nebenpatienten, von dem Spiritus loci der Anstalt, von dem Geschick

---

[1]) Rollers Satz (S. 35): „Isolierung bringt erregten Kranken oft rasch Ruhe", ist immer noch richtig.

und dem Takt der Ärzte und des übrigen Personals und von einem Etwas, das ebenfalls an die Personen geknüpft ist, aber sich nicht genau fassen läßt und neben der Geschicklichkeit und dem Takt zur Geltung kommt. Auch die aufgeregten Schizophrenen sind durch die Umgebung beeinflußbar, wenn auch viele Fälle zeitweise aller verfügbaren Mittel, zielbewußt auf sie einzuwirken, spotten.

Erreicht man auf diese Weise nichts, so kann eine Probeisolierung — mit oder ohne Bewachung durch einen Wärter — zeigen, ob Trennung von den anderen Kranken etwas zu bewirken vermag. Wenn ja, wäre temporäre Isolierung anzuwenden. Wenn nicht, bleiben als ultima refugia der nasse Wickel und die Narkotika, einzeln oder kombiniert. Wer den nassen Wickel auch in den leichteren Fällen anwendet, wird oft die Arme frei lassen können. Ich finde ihn allerdings in solchen Fällen nur ausnahmsweise nötig. Der ganze Wickel ist der ärgste Restraint, den ich kenne; ich habe ihn deswegen oft jahrelang nicht angewendet; in chronischen Fällen wird er auch kaum je nötig werden. In der Heilanstalt gibt es Fälle, bei denen ich leider dieses Mittel nicht umgehen kann; ich bin mir aber bewußt, daß ich es bei mehr Geld und Platz kaum je anwenden müßte.

In Fällen von unbezwingbarem Selbstbeschädigungstrieb greift man besser zum Bettgurt, der sich leichter anwenden läßt und nicht den vom Kranken wie vom Personal doch durchschauten Schein einer medizinischen Maßregel zu wahren sucht. Dabei sieht man, daß die beim Wickel eintretende Beruhigung gar nicht immer der nassen Einhüllung, sondern dem physikalischen Zwang zur Ruhe zu verdanken sein muß, der oft die aufgeregtesten Patienten in kurzer Zeit zum Schlafen bringt.

Der physikalische Zwang hat entgegen dem, was die neuere Literatur vermuten ließe, nicht nur schädlichen, sondern in manchen einzelnen Fällen auch bessernden Einfluß. Die ärgste Unruhe mit Selbstmordtrieb kann nach einer halbstündigen Anwendung des Bettgurtes zur definitiven Beruhigung kommen. Wir haben aus Widerwillen gegen solchen Zwang einmal unnützerweise monatelang mit allen anderen Mitteln und mit großer Verschwendung von Personal und Schlafmitteln ein Mädchen behandelt, das sich nach Ablauf des eigentlichen akuten Schubes nicht von dem Triebe frei machen konnte, sich auf alle mögliche Weise zu beschädigen. Sobald der Bettgurt einmal so sicher saß, daß alle Anstrengungen, sich noch zu verletzen, hoffnungslos waren, ergab sich die Patientin, benahm sich normal und konnte rasch in so gutem Zustande entlassen werden, daß wir sie sogar von der Bevormundung befreien mußten. Der Fall ist zugleich typisch dafür, wie psychische Residuen der Krankheit die Krankheit selbst vortäuschen können. Wenn also mit Güte und dem weitestgehenden Entgegenkommen nichts zu erreichen ist, bin ich der Meinung, daß man lieber noch solchen Zwang versuchen soll, als den Patienten zugrunde gehen zu lassen.

Bei der Schizophrenie halte ich Zwang durch ein physikalisches Mittel unter allen Umständen für besser als das Halten durch Menschenkraft, die den Negativismus anregt und steigert und den Kranken auch körperlich wegen des beständig versuchten Widerstandes mehr erschöpft.

Die Anwendung von Schlafmitteln ist nicht nur als chemischer Restraint von Bedeutung, sondern sie ist bei Schizophrenen wie bei anderen Kranken oft

ein Erleichterungsmittel, das ihnen nicht vorzuenthalten, die bloße Menschlichkeit verlangt. Wer psychisch leidet, hat innerhalb der Schranken des Unschädlichen ebensoviel Anspruch auf Linderungsmittel, wie der körperlich Leidende. Allerdings ist es schwer zu sagen, wo die Grenze des schädlichen Gebrauches ist. Man bekommt aber auch bei recht hohen Dosen verschiedener Schlafmittel nicht den Eindruck, daß dadurch die Verblödung befördert werde, so daß man auf die Unschädlichkeit vernünftig angewandter Beruhigungsmittel in gewöhnlichen Quantitäten schließen darf. — In sehr vielen Fällen haben Schlafmittel auch erzieherischen Wert. Kranke, die sonst nicht an Arbeit, ans Bett, ans Bad, an normale Verhältnisse zu gewöhnen wären, können unter leichter Sulfonalwirkung nach und nach erzogen werden und verdanken dem Mittel die Besserung. Natürlich wird kein Schlafmittel kontinuierlich gegeben.

Ein dritter Grund zur Anwendung von Schlafmitteln ist die Rücksicht auf andere Kranke. Ich ziehe es vor, den Ruhestörer zu narkotisieren, wenn sonst seinetwegen eine ganze Anzahl anderer Kranken des Schlafes beraubt oder aufgeregt werden sollten.

Eigentlichen Schaden habe ich von Narkoticis noch nicht gesehen. Die größte Kontraindikation gegen ihre Anwendung liegt darin, daß man sich eben in den schwereren Fällen nutzlos an sie wendet. Es ist erstaunlich, was für Quantitäten verschiedener Schlafmittel einzeln oder kombiniert manche Schizophrene einnehmen können, ohne beruhigt zu werden[1]). Vielleicht dürfte man allerdings auch in solchen Fällen Dosen geben, die wirken. Wer aber will ausprobieren, ob bei Steigerung zuerst Kollaps oder zuvor unschädliche Beruhigung eintrete?

Ein chemisches Zwangsmittel besonderer Art ist das Apomorphin. Man kann mit Injektion einer emetisch wirkenden Dosis Apomorphin manche akute Aufregungen sofort koupieren. Die Beruhigung hält bei Anfällen, die nicht über einige Tage gehen, oft an, so daß die Aufregung definitiv beseitigt ist.

Apomorphin wirkt zugleich als Erziehungsmittel, indem es die Kranken bei Bewußtsein läßt, während sie ruhiger sind, und sie so übt, sich besser zu benehmen. Ich muß das Mittel erwähnen, wage indes aus moralischen Gründen nicht, es zu empfehlen, möchte aber fragen, ob es nicht unmoralischer ist, einen ganzen Saal voll Kranker durch einen aufgeregten Patienten mißhandeln zu lassen, als diesen einmal erbrechen zu machen. Soweit ich es anwenden sah, beklagten sich auch die Kranken nicht, und wir haben mit keinem den Kontakt verloren; die Patienten selbst machten sich meistens lustig darüber, wenn sie auch einen gewissen Respekt vor der prompten Wirkung hatten. In Fällen vollständiger Verwirrtheit, in der die Kranken gar nicht mehr diskussionsfähig waren, habe ich keine Erfahrung damit[2]).

Eine medikamentöse Behandlung der Schizophrenie gibt es nicht. Ziehen

---

[1]) Und zwar bei rein psychischen Aufregungen wie bei anscheinend organisch bedingten. Die Theorie des Schlafes und die der Narkotika hat diesen gewiß höchst wichtigen Umstand, so viel ich weiß, bis jetzt ignoriert.

[2]) An manchen Orten scheint das Mittel verpönt zu sein, weil man schlechte Erfahrungen damit gemacht hat. Da hat man es wohl nicht bloß bei geeigneten Patienten angewandt. Es kann natürlich nur nützen bei den ziemlich seltenen Kranken, mit denen man genügenden Kontakt hat, um ihnen die Maßregel begreiflich zu machen, und die zugleich noch fähig sind, auf eine Zwangsmaßregel von ärztlicher Seite im günstigen Sinne und nicht in der Richtung des Negativismus zu reagieren.

(840, S. 543) glaubt bei „hypochondrischer Neurasthenie“ dem Übergang in „hypochondrische Melancholie“ oft durch Opium vorgebeugt zu haben. Ich kann mir nicht recht denken, daß unsere prognostischen Kenntnisse den Glauben rechtfertigen. Alle sonstigen Angaben sind wohl nicht der Rede wert.

Hitzig hat bei periodischen Psychosen, zu denen nach seinen Beispielen auch unsere periodischen Schizophrenen gehören, Atropin zur Koupierung der Anfälle empfohlen. Das Mittel scheint wirklich zunächst den gewünschten Erfolg zu haben; ich wandte es aber nur in wenigen Fällen an, weil die Kranken nach einiger Zeit nicht mehr darauf reagierten und dann nachholten, was sie vorher zu wenig gelärmt hatten.

Die einzelnen Symptome der Krankheit werden nach den gewöhnlichen Grundsätzen behandelt. Es mag hier nur erwähnt werden, daß man oft für einige Stunden die Sperrungen durch Alkohol beseitigen oder mildern kann (was etwa für eine Untersuchung angewendet werden mag), und daß man gut tut, die Eigentümlichkeiten, die die Kranken so gerne annehmen, zu unterdrücken. Die papierenen Kronen, hölzernen Schwerter und aus Lumpen gestoppelten Kinder sind aus unseren Anstalten verschwunden, und zwar zum Vorteil der Kranken. Damit soll aber nicht gesagt werden, daß man nicht in einzelnen Fällen den Patienten ein Eigentum belassen soll, das mit ihren Komplexen zusammenhängt; aber es soll nur geschehen unter Erwägung aller Umstände, weil diese Dinge den Autismus begünstigen.

Ähnlich ist es mit den hypochondrischen und hysteriformen Klagen über körperliche Beschwerden. Im großen und ganzen wird man am besten tun, den Patienten daran zu gewöhnen, daß er sich selbst mit diesen Symptomen abzufinden hat, und daß das Ignorieren das einzige Mittel dagegen ist. Doch kann es auch Fälle geben, wo man irgend ein Suggestivmittel anwendet. Man sei aber vorsichtig, um den Kranken nicht daran zu gewöhnen. Ich habe es bei Übernahme einer Abteilung erlebt, daß eine Patientin gegen gar nicht bestehende Übel 13 Mittel zu gleicher Zeit benutzen mußte. Als ihr die Dinge entzogen waren, konnte man viel besser mit ihr auskommen.

Die Nahrungsverweigerung wird mit den gewöhnlichen Mitteln behandelt. Man kann gerade Schizophrene oft zum Essen bringen, indem man sie scheinbar für andere Kranke bestimmte Nahrung stehlen läßt oder in anderer Weise ihrem Negativismus oder ihren Wahnideen entgegenkommt. Ich sehe aber nicht recht ein, was da gewonnen ist; jedenfalls wird in chronisch werdenden Fällen oft viel an Disziplin und Kontaktfähigkeit verloren. Ich glaube, man tut — ganz besondere Fälle vielleicht ausgenommen — besser, sich strikte an die Ordnung zu halten; ißt dann ein Kranker wirklich 8 Tage nichts, so kann man zur Sonde greifen, soll aber immer wieder aussetzen, um dem Patienten Gelegenheit zu geben, selbst zu essen. So wird die Sonde kaum je lange in Anwendung bleiben. Wenn man in Privatanstalten von diesem Prinzip abgehen muß, so ist das nicht des Patienten, sondern seiner Angehörigen wegen, die leider weniger Mitleid mit ihm haben, wenn man ihn monatelang mit der Sonde quält, als wenn er mal ein paar Tage hungert. Daß Hunger oder gute Ernährung den Verlauf der Krankheit beeinflusse, habe ich innerhalb der zulässigen Grenzen nicht gesehen.

Auch anderen unangenehmen Eigentümlichkeiten, namentlich Schmieren u. dgl., wird man so früh und so energisch als möglich entgegentreten,

wenn man nicht nach einiger Zeit unbeeinflußbaren Stereotypien gegenüberstehen will. Da kommt viel auf die Geschicklichkeit des Personals an. Die Anordnung, die Kranken eifrig auf den Nachtstuhl zu führen oder täglich genau zu bestimmter Zeit zu klistieren, ist bei Schmierern gar nicht immer genügend. Wegen des Negatisvimus ist es in vielen Fällen gut, wenn die Maßregel so unpersönlich als möglich, wie eine physikalische Notwendigkeit durchgeführt wird; bei anderen Kranken kann man sich umgekehrt auf ein gewisses Markten einlassen; jedenfalls aber sind auch gegenüber solchen Einzelsymptomen die äußeren Umstände oft zu wechseln (Versetzung usw.). Kleinen unerwünschten Gewohnheiten kann man oft durch ganz einfache Mittel begegnen; so fing eine im Privathause lebende Katatonika an, das Papier im Abort in die Schüssel zu werfen; es genügte, das Papierkörbchen, das auf dem Sitz stand, einen halben Fuß höher zu hängen, um die Unannehmlichkeit für immer zu beseitigen. Wichtig ist auch, daß man den Kranken die Gelegenheit zur Ausübung der Sonderbarkeiten entzieht. In alten Fällen lohnt es sich nicht, gegen gewisse Manieren zu Felde zu ziehen. Kahlbaum meint, man müsse gegen das Ausziehen der Haare kämpfen, um die dauernde Haarlosigkeit zu vermeiden. Man kann aber ohne Schaden einige jahrzehntelang Haare ausziehen lassen; sobald sie der Patient in Ruhe läßt, wachsen sie auch wieder.

Das unangenehmste aller Symptome bei Schizophrenie ist der Selbstmordtrieb. Ich führe das deswegen an, um einmal deutlich zu sagen, daß die jetzige Gesellschaftsordnung in dieser Richtung vom Psychiater eine große und ganz unangebrachte Grausamkeit verlangt. Man zwingt Leute, denen aus guten Gründen das Leben verleidet ist, weiter zu leben; das ist schon schlimm genug. Aber ganz schlimm ist es, wenn man diesen Kranken mit allen Mitteln das Leben noch unerträglicher macht, indem man sie einer peinlichen Bewachung unterwirft. Der größte Teil unserer ärgsten Zwangsmaßregeln wäre unnötig, wenn wir nicht verpflichtet wären, den Kranken ein Leben zu erhalten, das für sie und andere nur negativen Wert hat. Und wenn es noch etwas nützte! Ich bin aber mit Savage überzeugt, daß bei der Schizophrenie gerade durch die Bewachung der Selbstmordtrieb geweckt, gesteigert und unterhalten wird. Nur ausnahmsweise würde sich einer unserer Kranken das Leben nehmen, wenn wir ihn gewähren ließen. Und wenn es auch ein paar mehr sein sollten, die zugrunde gehen — ist es recht, wegen dieses Resultates hunderte von Kranken zu quälen und ihre Krankheit zu verschlimmern? Vorläufig stehen wir Psychiater unter der traurigen Pflicht, grausamen Anschauungen unserer Gesellschaft zu folgen; aber wir haben auch die Pflicht, unser möglichstes zu tun, daß diese Anschauungen sich bald ändern.

Literatur.

Abkürzungen:

A. = Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Berlin, Hirschwald.
Amps. = Annales medico-psychologiques.
An. = Archives de neurologie.
B. = Band.
CBN. = Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Leipzig, Barth.
Dp. oder d. = Dementia praecox, démence précoce, déments précoces, demenza precoce.
H. = Heft.
Jahrb. = Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Leipzig und Wien, Deuticke.
JB. = Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. Berlin, S. Karger.
Jmsc. = Journal of mental science.
MS. = Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin, S. Karger.
Münch. med. WS. = Münchner medizinische Wochenschrift. München, J. F. Lehmann.
NCB. = Neurologisches Centralblatt. Leipzig, Veit & Komp.
Ref. = Referiert in . . . .
S. = Seite.
WS. = Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Halle a. S., Marhold.
Z. = Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Berlin, Georg Reimer.

Die Zahlen mit Sternchen (*) bedeuten die Seite des Literaturberichtes der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie" über das Jahr des Erscheinens der Arbeit.

A.

1. Abraham, Traum und Mythus. Leipzig und Wien, Deuticke, 1909.
2. — Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dp. CBN., 1907, S. 409.
3. — Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dp. CBN., 1908, S. 521.
3 a) D'Abundo, Stati nevropatici consecutivi al terremoto del 28. XII. 1908. Riv. it. d. Neuropat. etc., II, 2, 1909. Ref.: CBN., 1909, S. 616.
4. Adam, A case of melancholia with stupor and catalepsy. Jmsc., 1884, S. 508.
5. Adler, Über die im Zusammenhang mit akuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. Z., 1897, B. 53, S. 740.
6. Agostini, Über die Isotonie des Blutes bei Geisteskranken. Rivist. sper. di freniat., Vol. 18, 1893, 72 *.
7. Albrand, Okulistische Beiträge zur Wertung der Degenerationszeichen. A., 1908, B. 44, S. 121.
8. Albrecht, Zur Symptomatologie der Dp. Z., 1905, B. 62, S. 659.
9. Alt, Die Symptome der Personenverwechslung bei Geisteskranken. Z., 1888, B. 44, S. 50.

10. Alter, Zur Genese einiger Symptome in katatonen Zuständen. NCB., 1904, S. 8.
11. — Über eine seltenere Form geistiger Störung. MS., 1903, Bd. 14, S. 246.
12. — Stereopsychosen. MS., 1904, B. XVI, S. 297.
13. Alzheimer, Einiges zur pathologischen Anatomie der Geistesstörungen. NCB., 1900, S. 489.
14. Amadei e Tonini, Über die Paranoia und ihre Formen. Arch. it. per le mal. nerv., 1884, II. Halbjahr, 91 *.
15. Amerika, das diebische, und die geheime Polizei. Von einem Auswanderer. Falkenberg (Lothringen), Hirtzmann, 1905.
16. Anglade in Ballet, Traité de pathologie mentale. Paris, Doin, 1903.
17. Antheaume et Roger Mignot, Remarques sur la stéréotypie graphique. L'encéphale, 1906. Ref.: NCB, 1907, S. 725.
18. Anton, Nerven- und Geisteserkrankungen in der Zeit der Geschlechtsreife. Wiener klin. WS., 1904, S. 1161.
19. — Gehirnerkrankung und Katatonie. Mitteilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark, 1902, Nr. 2, 97 *.
20. — in Näcke, Über Wadenkrämpfe. MS., 1906, B. XX, S. 570.
21. Arnaud in Ballet, Traité de Pathologie ment. Paris, Doin, 1903.
21 *a*) Arndt (Diskussion über periodische Psychosen). Z., 1888, B. XLIV, S. 665.
22. Arndt R., Katalepsie und Psychose. Z., 1874, B. XXX, S. 28.
23. — Über Tetanie und Psychose. Z., 1874, B. XXX, S. 53.
24. Arndt E., Geschichte der Katatonie. CBN., 1902, S. 81.
25. Arnemann, Über Jugendirresein. Leipzig, Konegen, 1906.
26. Aschaffenburg, Initialdelirien beim Typhus. Z., 1896, B. LII, 1896, S. 75.
27. — Die Katatonie. Z., 1898, B. LV, S. 60.
28. — Die Katatoniefrage. Z., 1898, B. LIV, S. 1004.
29. — Diskussion über die Diagnose und Prognose der Dp. Z., 1899, B. LVI, S. 260.
30. — Klinische Formen der Wochenbettpsychosen. Z., 1901, B. LVIII, S. 346.
31. — Diskussion über die Puerperalpsychosen. Z., 1901, B. LVIII, S. 706.
32. — Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Abhandlungen über Geisteskrankheiten, Halle, Marh, 1906. B. VII.
33. Astwazaturow, Über Negativismus der sprachlichen Äußerungen. Obosrenije psych., 1907. Ref.: NCB., 1908, S. 381.
34. Azémar, Deux cas de manie guérie à la suite d'une infection grave. Amps., 1901.

B.

35. Baelz, Emotionslähmung. Z., 1901, B. LVIII, S. 717.
36. Baldwin, Entwicklung des Geistes. Berlin, 1898.
37. Ball, Das Pubertätsirresein oder die Hebephrenie. L'Encéphale, 1884, II, Nr. 1, u. S. 87 *.
38. Ballet, Traité de Pathologie ment. Paris, Doin, 1903.
39. — Der Verfolgungswahn mit systematischer Entwicklung. Progrès méd. 1892, S. 115 *.
40. Barbé, Refus d'alimentation dans la d. cat. An., 1906, XXI, Nr. 123. Ref.: NCB., 1906, S. 1014.
41. Bartels, Wortneubildungen bei Geisteskranken. Z., 1889, B. XLV, S. 598.
42. Bauer, Catalepsie symptomatique et rythme de Cheyne-Stokes. Revue neurol., 1903, S. 249.
43. Baugh, Some observations on confus. insanity. Brit. med. Journ., 1905, II. Ref.: JB., S. 949.
44. Bechterew, Über die Bedeutung der Aufmerksamkeit für Lokalisation und Entwicklung halluzinatorischer Bilder. CBN., 1905, B. XVI, S. 330.
45. Becker, Beitrag zur Lehre von den Störungen der Assoziationen. CBN., 1909, S. 269.
46. Bellamy, Hallucinations érotiques. Thèse Bord., 1900.
47. Bellot, Eine halluzinatorische Melancholie auf der Spitze eines Kirchturms. Amps., 1887, II, 77 *.
48. Bondix, Über Kinderpsychosen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Frequenz und Prognose. Dissert. Rostock, 1906.

49. Bennecke, Dp. 'n der Armee. Dresden, 1907. Med. Abt. des königl. sächs. Kriegsministeriums. Ref.: CBN., 1908, S. 428.
50. Berger, Die Grübelsucht, ein psychopath. Symptom. A., VI, S. 217.
51. — Die Grübelsucht und Zwangsvorstellungen. A., VIII, S. 616.
52. — Studien zur Pathogenese der Geisteskrankheiten. Berl. klin. WS., 1903, S. 693, und MS., 1904, B. XVI, S. 1 und 213.
53. Bernhardt, Über pollutionsartige Vorgänge beim Weibe ohne sexuelle Vorstellungen und Lustgefühle. Ärztliche Praxis, 1903, Nr. 17. Ref.: NCB., 1905, S. 171.
54. Bernheim, Über kataleptiforme Stellungen bei Typhus abdominalis und in gewissen psych. Zuständen. Wien. klin. Rundschau, Nr. 1, 1896, S. 1, 59 *.
55. Bernstein, Über die Dp. Z., 1903, B. LX, S. 554.
56. Bertschinger, Verblödungspsychosen. Z., 1897, B. LVIII, S. 269/305.
57. Berkley, An abstract of the results obtained in the treatement of catatonia by partial thyroidectomy and thyro-lecithin. — Folia neur. biol. II. B., S. 157—166.
58. Berze, Das Primärsymptom der Paranoia. Halle, Marh., 1903.
59. — Primärsymptom der Paranoia. CBN., 1906, S. 432.
60. Bessière, Stéréotypies démentielles. Amps., 1906, S. 206.
61. Bianchi, Trattato di Psichiatria. Napoli, 1905. Ref.: CBN., 1905, S. 198.
62. Bianchini, Observation sur les tableaux cliniques de paranoia et d. paranoide. Rev. neur., 1906, Nr. 14. Ref.: NCB., 1906, S. 1013.
63. Binder, Über motorische Störungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie. A., 1889, B. XX, S. 628.
64. Binet et Féré, Recherches expérimentales sur la physiologie des mouvements chez les hysteriques. Arch. de physiol., 1887, S. 323.
65. Binswanger, Über die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungspsychose. Berl. klin. WS., 1897, S. 496.
66. — Über den Symptomenkomplex der inkohärenten Erregung. NCB., 1904, S. 1067.
67. Binswanger und Berger, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen. A., 1901, B. 34, S. 107.
67 *b*) Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. II. Auflage, Jena, Fischer, 1907.
68. Birt, On certain questions relating to the urinology of the insane. Brain, IX, S. 362.
69. Bischoff, Über familiäre Geisteskrankheiten. Jahrb., 1905, B. XXVI, S. 109.
70. Birnbaum, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerationen. Halle, Marh., 1908.
71. Bleuler, Affektivität, Suggestibilität und Paranoia. Halle, Marh., 1906.
72. — Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. WS. 1906, Nr. 35 und 36., B. VIII.
72 *a*) — Frühe Entlassungen. WS., B. VI, 1905.
73. — Die Prognose der Dp. (Schizophreniegruppe). Z., 1908, B. LXV.
73 *a*) — Bewußtsein und Assoziation. (Jungs diagnostische Assoziationsstudien.) Journal für Psychologie und Neurologie, B. VI, 1905, S. 126.
74. — Die negative Suggestibilität. WS., 1904, Nr. 27 und 28.
74 *a*) — Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. WS., 1910/1911, Nr. 18—21.
75. — Extrakampine Halluzinationen. WS., 1903, Nr. 25.
75 *a*) Das Faxensyndrom. WS., 1910/1911, S. 375.
76. — Zur Ätiologie und Therapie der nichtpuerperalen Osteomalacie. Münch. med. WS., 1893, Nr. 15, S. 277.
77. Bleuler und Jung, Komplexe und Krankheitsursachen bei Dp. CBN., 1908, S. 220.
78. Blin, Les troubles oculaires dans la Dp. Rev. neur., 1906, S. 4. Ref.: NCB., 1906. S. 569.
79. — Manifestations oculaires de la Dp. et considérations sur la pathogénie de cette maladie. Thèse, Paris, 1905.
80. Boeck, Versuche über die Einwirkung künstlich erzeugten Fiebers bei Psychosen. Vortrag im Verein für Psychologie und Neurologie. Jahrb., 1896, B. XIV, S. 199.
81. Bogdanoff, Experimentelle Untersuchungen der Merkfähigkeit bei Gesunden und Geisteskranken. Sterns Beitrag zur Psychologie der Aussage. B. 11, S. 1, 1905.

82. Boidard, Sur la Dp. Thèse, Paris, 1905. Ref.: Arch. gén. méd., 1906, S. 1068.
83. Bolton, Morbid changes in d., Jmsc., 1901, S. 330.
84. Bolton, Amentia and dementia. Jmsc., 1906, Vol. LI ff.
85. Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena, 1901.
86. — Über ein eigenartiges, operativ beseitigtes katatonisches Zustandsbild. CBN., 1903, S. 15.
87. — Über den pathologischen Einfall. Deutsche med. WS., 1904, Nr. 39, S. 1420.
88. — Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskranken. B. VII, H. 6., Halle, Marh., 1907.
89. Bornstein, Untersuchungen über die Atmung der Geisteskranken. MS., 1908, XXIV, S. 392.
90. Borsos, Vergrößerung der Schilddrüse im Anschlusse an epileptiforme Anfälle. Orvosi Hetilap, 1907. Ref.: NCB., 1908, S. 269.
90 *a*) Bostroem, Die Benennung optischer Eindrücke. Halle, Marh., 1909.
91. Boucher, Beitrag zur Lehre vom Delirium chronicum. An., 11, 1884. Ref.: Z., B. 40, S. 88.
92. Bouman, Assoziationen bei Geisteskranken. (Sommers Klin. f. ps. u. nerv. Krankh., B. II, 1907, S. 505/523.) Halle, Marh., 1907.
92 *a*) Brahm Otto, Karl Stauffer-Bern. Göschensche Verlagshandlung, Bern.
93. Brassert, Über sekundäre Paranoia. Z., 1896, B. LII, S. 772.
93 *a*) Bremer, Sur les névroses et psychoses dues aux cyclones. Rev. neurol., 1898, Nr. 11. Ref.: JB,. S. 1138.
94. van Brero, Einiges über die Geisteskrankheiten des malaiischen Archipels. Z., 1897, B. LIII, S. 44.
95. Breuer und Freud, Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. NCB., 1893, S. 4.
96. Breukink, Über Ermüdungskurven bei Gesunden und bei einigen Neurosen und Psychosen. Journ. Ps. u. N., 1904, B. IV, H. 3, S. 85.
97. — Über eknoische Zustände. MS., XIV, 1903, S. 97.
97 *a*) Brierre de Boismont, Des Hallucinations.
98. Brissard, Sur la fréquence du goitre chez les aliénés. Thèse, Genève, 1905. Rev. méd. de la Suisse rom., 1906, Nr. 11, S. 632.
99. Brissaud, Urémie cérébrale avec attitudes cataleptoïdes. Sem. méd. 1893, S. 125/127.
100. Brissaud et Lamy, Attitudes cataleptiques chez un brightique délirant. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1890, S. 367.
101. Brosius, Die Katatonie. Z., 1876, B. XXXIII, S. 770, 783, 802.
102. Bruce, Bacteriological and clinical observations on the blood of cases suffering from acute continuous mania. Mit Diskussion. Jmsc., 1903, S. 219.
103. — Further clinical observations in case of acute mania particulary adolescent mania. Mit Diskussion. Jmsc., 1903, S. 441.
104. — Studies in clinical psychiatry. Lond. Mc. Millan, 1906.
105. — The symptoms and etiology of mania. Jmsc., 1908, S. 207.
106. Bruce and Peebles, Clinical and experiment. observ. on katatonia. Jmsc., 1903, S. 614.
107. — Quantitative and qualitative leucocyte counts in various forms of ment. disease. Mit Diskussion. Jmsc., 1904, S. 409.
108. Brugia e Marzocchi, Die Zwangsbewegungen bei einigen Formen geistiger Störung. Arch. ital. per le mal. nerv., 1887, B. 24, S. 50*.
108 *a*) Bruyn, A study of emotional expression in Dp. J. abnormal Psychology, 1909, III, S. 378.
109. Bryant, Second annual report of the manhattan state hospitale for year ending. 30. IX. 1906.
110. de Buck, Quelques réflections à propos de la catatonie. Bull. de soc. méd. ment. Belgique, 1903, S. 425—435. Ref.: CBN., 1905, S. 850.
111. Buccola, Dp. Thèse. Paris, 1905, S. 68.
112. Bumke, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Jena, Fischer. 1904.

113. Bumke, Was sind Zwangsvorgänge? Halle, Marh., 1906.
114. Busch, Auffassung und Merkfähigkeit bei Dp. in Kraepelin: Psych. Arbeiten. B. V, S. 293, Leipzig, Engelmann, 1908.

C.

115. Cahen, Contribution à l'étude des stéréotypies. An., 1901, S. 476.
116. Canger und Angiolella, Paranoische Wahnideen bei moralischem Irresein. Manicomio, 1895, Nr. 2 u. 3. Ref.: 1896, S. 89*.
117. Charpentier, Mémoires sur les dp. Congrès Rouen, 1890. Ballet, S. 808.
118. Chaslin, La confusion mentale primitive. Paris, Asselin, 1895.
119. Chastenet, Folie de la puberté. Amps., 1890, 84 *.
120. Chatelain, Die Spätheilungen. Journ. d'alién. ment. etc., 1896. Ref.: Z., 1897, S. 62*.
121. Chenais, Recherches sur les symptomes physiques de la dp. à forme catat. Thèse, Paris, 1902.
122. Chenais et Dide, Urologie der Dp. und Reflexe der Fascia lata. In Masselon: Dp., Paris, 1902.
123. Chotzen, Kasuistischer Beitrag zur Frage der chronischen Alkoholhallucinosis. CBN., 1907, S. 1.
124. — Über atypische Alkoholpsychosen. A., B. XLI.
125. — Komplizierte akute und chronische Alkoholpsychosen. Z., 1909, B. 66, S. 42.
126. Christian, La Dp. des jeunes gens. Paris, Masson, 1899, und Amps., LVII.
127. — Étiologie de la Dp. Amps., 1899.
128. Chvostek, Beiträge zur Theorie der Halluzinationen. Jahrb., 1892, B. 10, S. 267.
129. Clarke, Diskussion über Dp. der brit. med. soc., 1906, in Toronto. Brit. med. Journ. II, S. 755.
129 *a*) Claude, Atrophie des Kleinhirns bei Dp. Soc. Psychiatrie, Paris, 21. I. 1909. NCB., 1909, S. 616.
130. Claus, Catatonie et stupeur. Congrès des alién. et neurol. de France Bruxelles, 1903, S. 101. An., XVI, S. 218.
131. Clouston, Presidential adress. Med. psych. assoc. Edinb., 1888, Jmsc. Ref.: Z., 1890, B. 46, S. 283.
132. Colucci, Metodi e criteri per la educabilità dei d. Ann. di nevrol., 1902, XX.
133. Conaghey, Adolescent insanity. A protest against the use of the term „Dp.“ Jmsc., April 1905. Ref.: Z., S. 160.
134. Cotard, Du délire des négations. An., 1882, S. 561.
135. Cramer, Die Halluzinationen im Muskelsinn. Freiburg i. B., Mohr, 1889. Z., 1890, B. 46, S. 327*.
136. — Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia. Z., 1895, S. 286. Diskussion dazu eod. lo. S. 178 ff.
137. — Über Sinnestäuschungen bei geisteskr. Taubstummen usw. A., 1896, B. 28, S. 875.
138. — Entwicklungsjahre und Gesetzgebung. Göttingen, 1902. JB., 1902, S. 1221.
139. — Über Jugendirresein. NCB., 1905, S. 539.
140. — Gerichtliche Psychiatrie. II. Auflage, S. 216.
141. — Jahresversammlung des deutschen Vereines für Psychiatrie in München. Diskussion. WS., 1906, S. 73.
142. Crisafulli, Sulla istologia e patogenesi della dp. Il Morgagni, Jan. 1906, S. 52. Ref.: Arch. gén. de méd., S. 1068.
143 Crocq, Considérations sur la catatonie. Bull. soc. de méd. ment. de Belgique. Juni 1902, 101*.
144. — Fréquence et étiologie de la Dp. Ibidem, 1904, S. 282/302. Ref.: CBN, 1906, S. 822.
145. Cullerre, Délire aigu et urémie. An., 1901, XII, S. 449.
146. — De l'excitation sexuelle dans les psychopathies anxieuses. An., 1905, XIX, S. 81. Ref.: JB., S. 955.
147. — Über Pubertätspsychosen. XIIIième Congrès internat. de méd. Paris, 1900. S. 100, Section de psychiat.
148. Curschmann, Untersuchungen über die idiomuskuläre Übererregbarkeit. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, B. XVIII, 1905. Ref.: NCB. S. 855.

D.

149. Dagonet, Chronische Melancholie mit Angstzuständen. Verlust des Gefühls der Persönlichkeit. Bull. soc. méd. ment. Belgique. Juni, 1891. Z., B. 48, 1892, S. 77.
150. — Beobachtungen über Délires associés und die Transformationen des Deliriums. Amps., 1895, S. 110*.
151. Damsch und Cramer, Katalepsie und Psychose bei Ikterus. Berl. klin. WS., 1898, S. 278.
152. Daraszkiewicz, Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Dissertation, Dorpat, 1892.
153. Darcanne, Contribution au diagnost. clinique de la Dp. Thèse, Paris, 1904.
154. Dawson, A case of Hebephrenia. Jmsc., 1903, S. 303.
155. — Notes on two cases illustrating the difference between katat. and mel. atton. Jmse., 1903, S. 686.
156. Damaye, Remarques sur l'action clinique de l'iode au cours des états de stupidité et de confusion mentale. Rev. de psych., 1907, S. 448, 142*.
157. Désci, Ein Fall von Jugendirrescin. Jahrb. der hauptstädtischen Spitäler in Budapest, 1903 (ungarisch). Ref.: NCB., 1904, S. 867.
158. — Über die Zwangsbewegungen bei Geisteskranken. Orvosi Hetilap, Nr. 7, 1904. Ref.: JB., S. 985.
159. Delbrück, Die pathologische Lüge. Stuttgart, Enke, 1891.
160. — Über die forensische Bedeutung der Dp. VI. Hauptversammlung des deutschen medizinischen Beamtenvereins.
161. Deny, Les Dp. Journ. de méd. int. IX, 1905, S. 329.
162. — Les délires systématisés chroniques. Journ. méd. int. IX, 1905, S. 201.
163. — Les états anxieux et les idées délirantes de négation, leur pathologie. Rev. internat. de méd. et de chir. XVI, 1905, S. 269/271.
164. Deny et Camus, Délire d'interprétation et paranoia. Amps., 1906, II.
165. — — Étude nosologique du délire de négation. Amps., Nr. 3, 1906, S. 423.
166. Deny et Roy, La dp. Paris, Baillière, 1903, S. 70. Gaz. des hôpit. Nr. 93.
167. — — Les d. vésaniques. Août 1904. Compte rend: Sem. méd.
168. Dercum, The heboid paranoid group (Dp.) clinical relations and nature (Americ. Journ. of insanity, 1906, IV, S. 541). Ref.: NCB., S. 1013.
169. Deroubaix, Réflexions à propos de cinq cas de psychose aiguë étudiés histologiquement. Journ. de neurol., 1904, Nr. 23, S. 443. Ref.: JB., S. 985.
170. — Stupeur mél. et stupeur catat. Journ. de neurol., 1905, Nr. 2, S. 35. Ref.: JB., S. 956.
171. van Deventer, Betrachtungen über traumatische Psychosen. Psych. Bladen, V., 1887, II., 82*.
172. — Heilung eines Falles von Paranoia persecutoria nach 15jährigem Anstaltsaufenthalt. Psych. Bladen, 1896. 91*.
173. Dide, La Dp. un syndrôme mental toxiinfectieux subaigu ou chronique. Rev. neurol., 1905, S. 381, Nr. 7. Ref.: NCB., S. 819.
174. — Essai de classification des maladies ment. Congrès de Rennes, 1905. Gaz. des hôpit., S. 1077. Ref.: NCB., S. 1085.
175. Dide et Assicot, Signes oculaires dans la Dp. Gaz. des hôpit, S. 1077. Congrès de Rennes, 1905, Ref.: NCB., S. 1086.
176. Dide et Chenais, Recherches urologiques et hématologiques dans la Dp. Amps., 1902. Ref. NCB., 1903, S. 591.
177. Dide et Sacquépéc, Microbes du sang dans la Dp. Soc. de neurol. de Paris, 1905 (16. VII.). Arch. gén. méd., S. 1850.
178. — — Congrès de Rennes. NCB., 1905, S. 1086. Revue neurologique, 1905, Nr. 16. und Annales de neurol., 1905.
179. Dieckhoff, Die Psychosen bei psychopathisch Minderwertigen. Z., 98, B. LV, S. 215.
180. Diem, Die einfach demente Form der Dp. A. 1903, B. 37, S. 111.
181. — Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biologie, 1905, S. 215.

182. Doutrebente et Marchand, Considération sur l'anatomie patholog. de la Dp. à propos d'un cas. Rev. neurol. IV 1905, S. 386. Ref.: NCB. S. 820.
183. Drapes, A note on psychiatric terminology and classific. Jmsc. 1906, LII, S. 75.
184. Dreifus, Ein Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Irreseins. CBN., 1906, S. 875.
185. — Über Vorkonnung von geistigen Erkrankungen. Münch. med. WS., 1906, S. 1311.
186. — Über Tod im katatonischen Anfall bei Dp. CBN., 1907, S. 451.
187. — Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena, Fischer, 1907.
188. Dromard, De la dissociation de la mimique chez les aliénés. Journ. de ps. norm. et pathologique, 1907, S. 417 —438.
189. — Considérations pathogéniques sur le mutisme et la sitiophobie de Dp. CBN., 1905, S. 622.
190. — Les troubles de la mimique volontaire chez les aliénés. Journ. de ps. norm. et pathol., 1906, S. 1.
191. — Étude clinique sur les stéréotypies des Dp. An., 1905, XIX, S. 189.
192. — Étude psychologique et clinique sur l'échopraxie. Journ. de ps. norm. et path. II, 1905, S. 385—403.
193. Ducosté, Les fugues dans les psychoses et les d. An., 1907, Nr. 2, S. 38, 121. Ref.: NCB., S. 861.
193 *a*) Dufour, Cerebellarer Typus der Dp. Soc. de Psychiatrie de Paris, 21. Jänner 1909. Ref.: NCB., 1909, S. 616.
194. — Dumond de Monteux in Ballet, Traité de pathol. mentale., S. 148.
195. Dunkerlost, Über Ätiologie und Behandlung der Katatonie. Need. Ver. f. Psych., 1883.
196. Dunton, Some points in the diagnosis of Dp. Americ. Journ. of Insanity. Juli 1902, 94*.
197. Dupré, Diskussion über Délire d'interprétation et paranoia. Amps., 1906, II, S. 106.
198. Durocher et Leborgne, Diagnostic de la Dp. à forme paranoide et des psychoses à base d'interprétations délirantes sans évolutions démentielles. Congrès de Rennes, 1905. Rev. neurol. Ref.: CBN., S. 874.

E.

199. Easterbrook, Diskussion zu Bruces Vortrag über Antistreptococcosserum. Jmsc., 1903, S. 446.
200. Ebbinghaus, Über eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten und ihre Anwendung bei Schulkindern. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, 1897, B. XIII, S. 401.
201. Ebersohweiler, Untersuchungen über die sprachliche Komponente der Assoziationen. WS., 1855.
202. Eisath, Periodisch verlaufende Geistesstörungen. Z., 1903, B. LX, S. 395—406.
203. — Frühform der D. paralytica, 1904. MS., B. 16, S. 549.
204. Elmiger, Über 49 Fälle von Pubertätsirresein. Z., 1900, B. 57, S. 490.
205. Elter, Querulanten mit Dp. Dissert., Zürich, 1903.
206. Elzholz, Akute Psychose geheilt nach 13 Jahren. Wien. med. WS., Nr. 39, Z., 1896, B. 52, S. 107.
207. Ennen, Zur Lehre von den periodischen Geistesstörungen. NCB., 1902, S. 50.
208. Ermes, Über die Natur der bei Katatonie zu beobachtenden Muskelzustände. Dissert., Gießen, 1903.
209. Eustace, H. M. A case of Dp. Mit Diskussion Leeper, Con. Normann. Jmsc., 1904, S. 516.
210. Evenson, Die psychologische Grundlage der katatonischen Krankheitszeichen. Neurologia (Japan.), B. II, H. 5. Dezember 1903.
211. — Dp. Ugdom-saanmos Sindssygdomme. I Kristiania, Aschehoug & Co., 1904. Ref.: 1905, B. 62, S. 464.
212. — Grundträkkene det Norske Sindssygeväsens Udvikling i de Sidste 100 aar. Kristiania, Cammermeyer, 1905.

F.

213. Falret, De la catalepsie. Arch. gén. de méd. Août 1857.
214. Fauser, Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen. Z., 1905, B. 62, S. 165.
215. — Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken. Z., 1905, B. 62, S. 687.
216. — Zur Kenntnis der Melancholie. NCB., 1906, S. 962.
217. Fels, Über den Symptomenkomplex der primären Inkohärenz mit Erregung. MS., 1906, XIX, S. 488.
218. Ferrari, Die Entartung der schriftlichen Ausdrucksweise bei der erotischen Paranoia. Rivist. sper. di freniat., 1893, B. 19, 121*.
219. Fink, Beitrag zur Kenntnis des Jugendirreseins. Z., 1880, B. 37, S. 490—520.
220. Finzi e Vedrani, Contribuz. clinica alla dottrina della Dp. Riv. sper. di fren., 1899, B. XXV, 1.
221. Fischer, Über einige Veränderungen, welche Gehörshalluzinationen unter dem Einflusse des galvanischen Stromes erleiden. A., 1887, B. 18, S. 34.
222. — Über die Beziehungen zwischen der Schilddrüse und den weiblichen Geschlechtsorganen. Wien. med. WS., 1896, S. 6—96.
223. Fitschen, Die Beziehung der Heredität zum periodischen Irresein. Diss. Zürich. Berlin, Karger, 1900, MS., 1900, B. 7, S. 127.
224. Foerster, Demonstration eines solitären Pons-Tuberkels, der anfänglich unter dem Bilde einer funktionellen Psychose verlief. Z., 1905, B. 62, S. 871.
225. — Stupor alkoholicus. Diskussion. Z., 1906, B. 63, S. 345.
226. — Über die klinischen Formen der Psychosen bei direkter Erblichkeit. Z., 1907, B. 64, S. 176.
227. Foersterling, Ein Fall von Motilitätspsychose mit vorwiegender Beteiligung der Sprache. MS., 1904, B. XV, S. 282—301.
228. Forster, Über die Affekte. MS., 1906, B. XIX, S. 400.
229. Forel, Selbstbiographie eines Falles von Mania acuta. A., 1901, B. 34, S. 960.
229 a) — Rasches Weißwerden der Haare und schwarzer Nachwuchs. Zeitschrift für Hypnotismus, B. 7, 1898, S. 140.
230. Franke, Einseitige Halluzinationen. Diss. Freiburg, 1903.
231. Foville, Über den Größenwahn oder Verrücktheit mit überwiegenden Größenideen. Amps., I, 1882. Z., 1883, B. 39, S. 388.
232. Freud, Analyse eines Falles von chronischer Paranoia. NCB., 1896, S. 442 448.
233. — Psychopathologie des Alltagslebens. II. Auflage, Berlin, Karger, 1907.
234. — Traumdeutung. Wien und Leipzig, Deuticke, 1900.
235. — Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. Ibidem, 1905.
236. — Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ibidem, 1905.
237. Freusberg, Über motorische Symptome bei einfachen Psychosen. A., B. 17, S. 757.
238. Friedmann, Zur Entstehung der Wahnideen und über die Grundlage des Urteils. MS., I, S. 455, und II, S. 17 und 278 ff.
239. — Über die logischen Werte der Zwangsvorstellungen. Verein süddeutscher Irrenärzte. Z., 1902, B. 59, S. 151.
240. Fritsch, Zur Frage der primären Paranoia. Jahrb. f. Psych., I, 79, S. 36.
241. — Zur Kenntnis der Melancholia attonita. Wien. med. Presse. 1878, S. 1477.
242. — Die Verwirrtheit. Jahrb. II, 1880, S. 27.
243. Fritsche, Über Beeinflußbarkeit der Halluzinationen und Wahnideen bei Geisteskranken durch Wachsuggestion. Dissert. Berlin, 1905.
244. Fuchs, Die Messung der Pupillengröße und Zeitbestimmung der Lichtreaktionen der Pupillen bei einzelnen Psychosen und Krankheiten. Jahrb., 1904, B. 24, S. 326.
245. — Ungewöhnlicher Verlauf der „Katatonie“. Z., 1904, B. 61, S. 241.
246. Fürstner, Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. A., 1875, B. V, S. 505.
247. — Diskussion zu Kraepelins Vortrag „Gegen die Manie“ über Abgrenzung der Paranoia. Z., 1894, B. 50, S. 1081.
248. Fuhrmann, Über akute juvenile Verblödung. A., 1905, B. 40, S. 817.

249. de Fursac, Manuel de Psychiatrie. Paris, Alcan, 1903.
250. — Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. Essai clinique. Paris, Masson, 1905. JB., 1906.

G.

251. Gadziacki, Über Zucker und Eiweiß im Urin Geisteskranker. Wjestnik psych. Jahrg. IX, 1893. Z. 84*.
252. Ganser, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. A., 1898, B. 30, S. 633.
253. — Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustand. A., 1904, B. 38, S. 34.
254. Gatz, Über körperliche Symptome bei Dp. Diss. Zürich, 1907.
255. Gaupp, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. CBN., 1903, S. 680 ff.
256. — Zur Frage der kombinierten Psychosen. CBN., 1903, S. 766.
257. — Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. WS., 1905, Nr. 32, S. 1531.
258. — Die Besonderheiten des psychiatrischen Großstadtmaterials. WS., 1906, B. 8, S. 77.
259. — Klinische Untersuchungen über Ursachen und Motive des Selbstmordes. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 3. Folge, XXXIII. H.
260. Geist, Über Klassifikation der Psychosen, besonders der periodischen. Z., 1907, B. 64, S. 65.
261. Gianelli, Sulla morte improvvisa nella Dp. Riv. di patolog. nerv. e ment. 1908.
262. Gierlich, Über periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnidee. A., 1905, B. 40, S. 19.
263. Gluszezewski, Die akute halluzinatorische Verwirrtheit als Initialstadium bei Melancholie. Diss. Marburg, Friedr., 1902.
264. Goldstein, Ein Beitrag zur Lehre von den Alkoholpsychosen. Z., 1907, B. 64, S. 240.
265. Gombault, La d. terminale dans les psychoses. Amps., 1900, S. 231. Ref.: NCB., S. 871.
266. Gonzales, Contributo allo studio della Dp. Riv. sper. di fren., 1904, Vol. 30, S. 765. JB., 1905.
267. Goodall, Bemerkungen über Katatonie. Jmsc., 1892, 111*.
268. Graeter, Dp. mit Alkoholismus chronicus. Leipzig, Barth, 1909.
269. Gregor, Ein Beitrag zur Kenntnis des intermittierenden Irreseins. Z., 1906, B. 63. Ref.: NCB., 1906, S. 1056.
270. — Beitrag zur Psychopathologie des Gedächtnisses. MS., XXV, S. 362.
270 *a*) — Über die Diagnose psychischer Prozesse im Stupor. CBN., 1907, S. 953.
271. Gregor und Hänsel, Beiträge zur Kenntnis der Störung äußerer Willenshandlungen. MS., 1908 I, XXIII.
272. Groß Ad., Untersuchungen über die Schrift Gesunder und Geisteskranker in Kraepelins psychologischen Arbeiten. Leipzig, Engelmann, 1899, B. II, S. 450 und 550.
273. Groß, Über Stupor. Jahressitzung des Vereines der deutschen Irrenärzte in Heidelberg. Z., 97, B. 53, S. 855.
274. Groß O., Die Affektlage der Ablehnung. MS., 1902, B. 12, S. 359.
275. — Beitrag zur Pathologie des Negativismus. WS., 1903, V. Jahrgang, S. 269.
276. — Zur Differentialdiagnostik negativistischer Phänomene. WS., 1904, B. VI, S. 345.
277. — Zur Nomenklatur „D. sejunctiva". NCB., 1904, S. 1144.
278. — Über Bewußtseinszerfall. MS., 1904, B. XV, S. 45.

H.

279. Haberkant, Osteomalacie und Psychose. Z., 1906, B. 63, S. 148.
280. — Osteomalacie und Dp. A., 1909 I, 45, S. 1.
281. Haeschl, Diskussion zu Pötzls Vortrag (Fall von Katatonie). Wien. klin. WS., 1904, S. 1422.
282. Halbey, Über das Symptom des Gedankensichtbarwerdens. Z., 1908, S. 307.
283. Hammond, Remarks on cases of katatonia. Americ. Journ. Neur. und Psych., 1883, S. 302.

284. Hartmann, Über die hereditären Verhältnisse bei Verbrechern. Diss. Zürich, 1904. MS. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1, S. 493.
285. Hecht, A study of Dp. Journ. of nerv and ment. diseases. 1905, Vol. 32, Nr. 11, S. 689. Ref.: Jmsc., 1906, S. 797.
286. Hecker, Zur klinischen Diagnostik und Prognostik der psych. Krankheiten. Z., 77, B. 33, S. 602 und 612.
287 — Die Hebephrenie. Virch. Arch. 71, B. 52, S. 394 ff.
288. — Ursachen und Anfangssymptome der psychischen Krankheiten. Sammlung klin. Vorträge, Nr. 108, 77.
289. Hegar, Zur Frage der sogenannten Menstrualpsychosen. Z., B. 58, S. 357.
290. Heggi, Über die Formen der Dp. NCB., 1907, 26, S. 492.
291. Heilbronner, Sprachstörung bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß der apathischen Störungen. 1906, CBN.
292. — Studien über eine eklamptische Psychose MS., 1905, XVII, S. 425.
293. — Über Haftenbleiben und Stereotypie. MS., 1906, XVII. und XVIII. Ergänz.-H., S. 428 bzw. 293 ff.
293 *a*) — Zur klinisch psychologischen Untersuchungstechnik. MS., 1905, B. XVII, S. 115.
294. — Über Residuärsymptome und ihre Bedeutung. CBN., 1907, B. 30, S. 369.
295. — Hysterie und Querulantenwahn. CBN., 1907, S. 769.
296. Heinicke, Über die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturien und über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome von Psychosen. Münch. med. WS., 1904, B. 27, S. 1201.
297. Heller, Über D. infantilis. Zeitschrift für Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. II. Ref.: NCB., 1908, S. 378.
298. Hellpach, Religiöse Wahnbildungen bei thyreogener Erregung. Zeitschrift für Religionspsych., I, S. 360.
299. Hertz, Wahnsinn, Verrücktheit, Paranoia? Z., B. 52, S. 701.
300. Herzer, Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen (Generationspsychosen). Z., 1906, B. 63, S. 245.
301. Heß, Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen. CBN., 1905, S. 436/437.
302. — Über Heboidophrenie. CBN., 1906, S. 500.
303. Hey, Das Gansersche Symptom in seiner klinischen und forensischen Bedeutung. Berlin, Hirschwald, 1904, S. 37.
304. Hirschl, Dp. und Syphilis. Diskussion (Pilcz; v. Wagner). NCB., 1907, S. 871.
305. Hitchcock, A case of Dp. of med. legal interest. Americ. Journ. of insanity, IV, 1906, B. 62, S. 615.
306. Hitzig, Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig, Vogel, 1895.
307. Hoche, Das akute halluzinatorische Irresein (Amentia). Deutsche Klinik, B. VI, S. 197.
308. — Über Dp. Deutsche Klinik, B. VI, S. 207/224. Ref.: CBN., 1902, S. 477.
309. Hoche in Binswanger und Siemerling. Psychiatrie, II. Auflage.
310. Holm, Om Temperat. ved psychopatiske tilstande og dens diagnostiske betydning. Norsk Magaz. f. Lägevidensk, XV., 1900. Ref.: NCB., 1901, S. 764.
311. Hoth, Statistischer Beitrag zur Dp. (Jugendirresein). Dissert. Rostock, 1906.
312. Hübner, Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und schmerzhafte Reize usw. WS., 1905/1906, S. 123. A., 1906, S. 1016.
313. — Beschreibung eines Apparates zur Untersuchung der Pupillen nebst Bemerkungen über einige Pupillenreaktionen. MS., XXII, S. 15.
314. — Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen. A., 1906, B. 41, S. 1035 ff. Klinischer Teil.
315. Hüfler, Über die katatonischen Anfälle. Jahresversammlung des deutschen Vereines für Psychiatrie. Berlin 24./25. IV. 1908. Z., B. 65, S. 469.

I, J.

316. Jahrmärker, Zur Frage der Dp. (Eine Studie.) Halle, Marhold, 1903. Ref.: NCB., S. 594.
317. — Vorstellung eines Dp.-Kranken. Münch. med. WS., 1907, S. 295.

318. Jahrmärker, Endzustände der Dp. CBN., 1908, S. 489.
319. Janet P., État mental des hystériques. Paris, 1894.
320. — Névroses et idées fixes. Paris, 1898.
321. — Les obsessions et la psychasténie. Paris, Alcan, 1903.
322. Janet P. in Vogt, Die hysterische Dissoziation im Lichte der Lehre von der Energie-Absorption. CBN., 1906, S. 255.
323. Jastrowitz, Diskussion zu dem Cramerschen Referat über Paranoia. Z., 1895, B. 51, S. 179.
324. — Demonstration einiger Fälle von Dp. NCB., 1905, S. 175.
325. Ideler, Diskussion zu Knechts Vortrag: Über die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse. Z., 1886, B. 42, S. 340.
326. Jendrássik, Über die Entstehung der Halluzination und des Wahnes. NCB., 1905, S. 1090.
327. Jensen, Die Katatonie. A. Encyclop. des W. und K. II. Sektion, XXXIV, 1884, 1. Hälfte, 52*.
328. Ilberg, Die Bedeutung der Katatonie. Z., 1898, S. 417 ff.
329. — Der akute halluzinatorische Alkoholwahnsinn. Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt, 1899. Ref.: NCB., 1900, S. 360.
330. — Jugendirresein. Volkmanns Vorträge, Nr. 224, S. 20, Leipzig, 1898.
331. — Über Geisteskrankheiten in der Armee zur Friedenszeit. Halle, Marh., 1903.
332. Infeld, Beiträge zur Kenntnis der Kinderpsychosen. Jahrb., 1902, XXII, S. 326.
333. Jörger, Beitrag zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge. 1904. 27. Suppl.-Heft, S. 52.
334. Joffroy et Dupony, Trois cas de fugues chez les aliénés. Congrès de Dijon, 1908. L'Encéphale, S. 421.
335. Joffroy et Gombault, Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté auparavant du délire de persécution etc. XIIIième. Congrès internat. de méd. Paris, 1900. Sect. de psychiatrie, S. 220.
336. Johnstone, Dp. Jmsc., Oktober 1905, S. 711.
337. Jolly, Akuter Alkoholismus. Z., 1895, B. 51, S. 192.
338. — Degenerationspsychose und Paranoia. Charitéannalen, B. XXVII, 1903, S. 465. Ref.: NCB., 1903, S. 596.
339. Jones, The question of Dp. Jmsc., LIV, 1908. Ref.: NCB., 1909, S. 437.
340. Ireland, Rezension von Kaiser, Hyst. und Katat. Jmsc., 1902, S. 582.
341. Isserlin, Über Jungs „Psychologie der Dp." usw. CBN., 1907, S. 329.
342. — Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. MS., 1907, XXII, S. 535.
343. Juliusburger, Über Pseudo-Melancholie. CBN., 1906, S. 216.
344. Jung, Über die Psychologie der Dp. Halle, Marh., 1907, S. 88.
344 *a*) — Diagnostische Assoziationsstudien. Journ. für Psychologie und Neurologie. B. III, 1904 ff.
344 *b*) — Ärztliches Gutachten über einen Fall von Simulation geistiger Störung. Schweiz. Zeitschrift für Strafrecht. 1904, S. 55.

K.

345. Kahlbaum, Gruppierung der psychischen Krankheiten. Danzig, Kafemann, 1863.
346. — Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin, Hirschwald, 1874.
347. — Klinisch-diagnostische Gesichtspunkte der Psychopathologie. Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 126, 1878.
348. — Über Heboïdophrenie. Z., 1890, B. 46, S. 461.
349. — Über einen Fall von Pseudoparanoia. Z., 1893, B. 49, S. 486.
350. — Zur Kasuistik der Katatonie. MS., 1902, XII, S. 22 und 56.
351. Kaiser, Beiträge zur Differenzialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Z., 1901, B. 58, S. 957, 1126, und 1902, S. 67.
352. — Dp. oder Gehirntumor. Z., 1905, B. 62, S. 92.

353. Kandinsky, Sinnestäuschungen. Berlin, Friedländer, 1885, S. 38/39 und 93.
354. Kazowsky, Zur Frage nach dem Zusammenhange von Träumen und Wahnvorstellungen NCB., 1901, S. 440 und 508.
355. Kelp, Über Verfolgungswahn. Z., 90, B. 46, S. 117.
355 *a*) Kent and Rosanoff, Study of association in insanity. Americ. Journ. Insanity. LXVII, 1910.
356. Keraval, Die unter dem Namen Paranoia zusammengefaßten mehr oder weniger kohärenten Delirien. An., 1894. Ref.: Z., 1895, S. 109*.
357. Kern, Drei Fälle von Herderkrankung des Gehirns mit Psychose. A., 1905, B. 40, S. 848 und 867.
358. Kernéis, Les délires de zoopathie interne. Thèse Bordeaux, 1907.
359. Kiefer, Ein Fall von Hebephrenie. Z., 1892, B. 48, S. 389.
360. Kielholz, Die Alkoholiker in der Pflegeanstalt Rheinau. Dissert. Zürich, 1905.
361. Kiermann, Die Katatonie. Lancet, 1884, I. Z., 1885, B. 41, S. 52*.
362. Kip, Van Erp Taalman. Kraepelins Klassifikation der Psychosen. Psych. neurol. Bladen, 1899. Ref.: 60*.
363. — Chronische Waanzin. Psych. neurol. Bladen, 1899. Ref.: NCB., 1900, 672.
364. Kirn, Psychosen der Strafanstalt. Z., 1889, B. 45, S. 1.
365. Kleist, Über die Motilitätspsychosen Wernickes. WS., 1907/1908, S. 139.
366. — Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig, Klinkhardt, 1908.
366 *a*) — Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig, Klinkhardt, 1909.
367. Klien, Über die psychisch bedingten Einengungen des Gesichtsfeldes. A., 1907, B. 42, S. 359.
368. de Klippel, Anatomie pathologique et nature de la Dp. Rev. de psych., VIII, 1904, S. 420.
369. de Klippel et Lhermitte, Dp. Anatomie pathologique et pathogénie. Ibidem, VIII, 1904, S. 45.
370. — — Les lésions de la moelle dans la Dp. L'encéphale 1906, S. 113.
370 *a*) — — Atrophie des Kleinhirns bei der Dp. Soc. Psychiatr. de Paris. 21. Jänner 1909. NCB., 1909, S. 616.
371. de Klippel e Trenannay, Délire systématisé de rêve à rêve. Revue de Psychiat., IV, S. 97. Ref.: JB., 1901, S. 884.
372. Klippstein, Über die hebephrenischen Formen der Dp. Kraepelins. CBN., 1906, S. 453.
373. Knapp, Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen. A., 1908, B. 44, S. 709.
374. — Confusional insanity and Dp. J. nerv. and ment. disease. Oktober, 1908. Ref.: CBN., 1909, S. 265.
375. Knecht, Über die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse. Z., 1886, B. 42, S. 331.
376. Koller, Jenny, Beitrag zur Erblichkeitsstatistik der Geisteskranken usw. A., 1895, B. XXVII, S. 268.
377. Kölpin, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. A., 1904, B. 39, S. 31.
378. — Dp. Z., 1908, S. 1.
379. Köppe, Gehörsstörungen und Psychosen. Z., 1867, B. 24, S. 34.
380. Köppen, Über akute Paranoia. Z., 1899, B. 56, S. 642 (mit Diskussion).
381. — Über Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen, A., 1889, XX, S. 825.
382. Köttgen, Klinische Katatonien bei organischer Erkrankung des Schädelinhaltes. Diss. Zürich, 1899.
383. Kohnstamm, Beziehungen zwischen Zwangsneurose und Katatonie? CBN., 1908, S. 710.
385. Konrád, Zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verworrenheit. A., 1885, B. 16, S. 522 und 533 ff.
386. — Über galvano-elektrische Reaktion an den Gehörs- und Gesichtsnerven bei Halluzinationen. Jahrb., 1886, B. VI, S. 148.
387. Kraepelin, Kompendium der Psychiatrie. Leipzig, 1883.
388. — Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Auflage. Leipzig, Barth, 1903.
389. — Einführung in die psychiatrische Klinik. II. Auflage. Leipzig, Barth, 1905.

390. Kraepelin, Psychologische Arbeiten. Leipzig, Engelmann.
391. — Über Verwirrtheit. Z., 1886, B. 42, S. 352.
392. — Über Erinnerungsfälschungen. A., 1886 und 1887, B. 17 und 18.
393. — Über Katalepsie. Z., 1892, B. 48, S. 170.
394. — Über Remissionen bei Katatonie. Z., 1896, B. 52, S. 1126.
395. — Zur Diagnose und Prognose der Dp. Heidelberger Versammlung 26./27. November 1898. Z., 1899, B. 56, S. 254 und 262.
396. — Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. CBN., 1905, S. 573 ff.
397. — Diskussion über Fausers Vortrag über rhythmische Betonung. CBN., 1905, S. 630.
398. — Über Sprachstörungen im Traume. Psychologische Arbeiten, 1905, B. V, H. 1.
398 a) v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. Stuttgart, Enke., 1898, 10. Auflage, S. 154.
399. Krause, Über das Lautwerden der eigenen Gedanken. Charitéannalen, XXVIII, 1904. Ref.: NCB., 1904, S. 866.
400. Kretz, Bemerkungen zur akuten Verrücktheit. Z., 1884, B. 40, S. 281.
401. Kron, Die Basedowsche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes. Berl. klin. WS., 1907, Nr. 50 und 51, S. 1611 und 1651.

L.

402. Lange, Hölderlin. Stuttgart, Enke, 1909.
403. Langès, La confusion mentale chronique et ses rapports avec la Dp. Thèse Bordeaux, 1907,
404. Lasègue in Pilcz, Über eine gewisse Gesetzmäßigkeit in den Träumen. NCB., 1899. S. 187.
405. Latron, Des états cataleptiques dans les infections et les intoxications. Thèse Paris, 1901.
406. Laubi, Die körperlichen Degenerationszeichen bei Geisteskranken. Diss. Basel, 1887.
407. Laufenauer, Über katatonische Verrücktheit. Orvosi Hetilap, 1882. Ref.: Z., B. 39, S. 388.
408. Legrain, Délire chez les dégénerés. 1886, Paris, Delahaye.
409. Lehmann F., Zur Pathologie der katatonen Symptome. Z., 1898, B. 55, S. 276.
410. Lehmann G., Zur Frage über den günstigen Einfluß akuter Krankheiten auf den Verlauf von Geistesstörungen. Z., 1887, B. 43, S. 200.
411. Leubuscher und Ziehen, Klinische Untersuchungen über die Salzsäureausscheidung des Magens bei Geisteskranken. Jena, 1892.
412. v. Leupoldt, Zur klinischen Bewertung pathologischer Wanderzustände. Z., 1905, B. 62, S. 303.
413. — Zur Symptomatologie der Katatonie. Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Halle, Marh., 1906, S. 39.
414. Levy-Bianchini, Sull età comparsa e sull' influenza dell' ereditarietà nella patogenesi della Dp. o primitiva. Riv. sper. di freniatria, 1903, XXIX, S. 558.
415. Levinstein-Schlegel, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Berlin, Hirschwald, 1892.
416. Lewis, Bevan. A Text-Book of mental diseases. London, Griffin, 1889, S. 238.
417. Liebscher, Künstlich hervorgerufener „halbseitiger" Ganser. Jahrb. f. Psych., 1907, B. 28, S. 113.
418. — Die transkortikale motorische Aphasie in ihren Beziehungen zu den Psychosen. MS., 1908, XXVI, S. 107.
419. Liepmann, „Über Ideenflucht". Halle, Marh., 1904.
420. Lindenborn, Allgemein pathologische Betrachtungen über das Vorkommen und die Bedeutung der Unreinlichkeit der Geisteskranken. A., 1886, B. 17, S. 322.
421. Livi, La lipemania stupida e la transfusione sanguinae. Z., 1877, B. 33, S. 382.
422. Lobsien, Aussage und Wirklichkeit bei Schulkindern. In Sterns Psychologie der Aussage. II. Folge. H. II, S. 29, 1904.
423. Lomer, Zur Kenntnis des Farbensehens. Z., 1905, B. 62, S. 63.
424. — Untersuchungen über juvenile D. mit einem Heilvorschlag. Z., 1905, B. 62, S. 387 ff.
425. — Über einige körperliche Begleiterscheinungen der Verblödung. WS., 1908/1909. S. 137.

426. Lomer, Das Verhältnis der Involutionspsychosen zur juvenilen Demenz. Z., 1905, B. 62, S. 769/770.
427. Löwenstein, Beitrag zur Differentialdiagnose des katatonischen und hysterischen Stupors. Z. 1908. B. 65, S. 790.
428. Lugaro. L'ipocondria persecutoria una forma tardiva della D. paranoide. Riv. di pat. nerv. e ment., 1904, IX.
429. — Sulle allucinazioni unilat. dell' udito. Riv. di patolog. nerv. e ment., IX. 1904, S. 228. Ref.: Jmsc., S. 766.
430. Lugiato, Studio sulla morfologia dei Dp. Il Morgagni, 1907, Nr. 1. Ref.: NCB., 1908, S. 379.
431. Lukacs, Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Dp. Klinikai füzetek, 1907, Nr. 3. Ref.: NCB., 1908, S. 38.
432. Lundborg, Beitrag zur klinischen Analyse des Negativismus bei Geisteskranken. CBN., 1902, S. 554.
433. — Eine Hypothese betreffend die Natur des katatonischen Symptomenkomplexes. CBN., 1905, S. 289.
434. Lundvall, Blod undersök ningar pa sinnessynka Hygica, 1907, Nr. 11. Ref.: CBN., 1908, S. 481.
435. Luther, Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Z., 1902, B. 59, S. 26.

M.

436. Mackie, Bluttuntersuchungen. Jmse., Jan. 1901. Ref.: WS., 1901, S. 225.
437. Macpherson, Bemerkungen über den Einfluß der Desinfektion des Darmes auf einige Formen akuten Irreseins. Jmsc., 1893, Z. 159*.
438. — Dp. Review neur. and ps., 1907, S. 185, Vol. V, Nr. 3.
439. Maggiotto, Le cosi dette ,,stimate isteriche" e la D. precoce. Giorn. di psich. clin. e tecn. man., 1904. Ref.: CBN., 1905, S. 46.
440. Magnan, Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1897.
441. — Von den systemisierten Wahnideen. Internat. klin. Rundschau, 1893, Nr. 51. Ref.: Z., 138*.
442. — Psychiatrische Vorlesungen. Leipzig, Thieme, 1891.
443. Magnan et Sérieux, Délire chronique à évolution systématique. Paris, Masson.
444. Mairet, Pubertätsirresein. Amps., 1888/1889. Ref.: Z., 1888, 305* und 89, 195*.
445. Marandon de Montyel, Les formes de la Dp. Diskuss. Kongreß zu Pau. NCB., 1904, S. 1152.
446. Marchand, Du rôle étiologique de la syphilis dans les psychoses. Rev. de psych., III, 1905, S. 405. Ref.: Arch. génér. de méd., 1906, IV, S. 1068.
447. Marguliés, Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. MS., 1901, B. 10, S. 283.
448. Marie, P., D. de la puberté. Congrès de Pau, 1904. Ref.: JB., 1906, S. 1002.
449. Marie A., La D. Paris, Doin, 1906.
450. Marr, In Diskussion zu Bruces Vortrag (Antistreptococcusserum). Jmsc., 1903, S. 446.
451. Marro, Les psichosi della pubertà. Torino, 1896.
452. — Les psychoses de la puberté. Pariser Kongreßbericht, 1900, S. 31 ff.
453. Maschenko, Über pathologisch-anatomische Veränderungen der Großhirnrinde beim sekundären Schwachsinn. NCB., 1900, S. 988.
454. Masoin, Remarques sur la catatonie. Journ. de neurol., Belg., 1902, S. 61.
455. — Observations sur la Dp. et la catatonie. Bull. soc. méd. ment. Belge. Dezember, 1902. Z., 1903, B. 60, S. 162*.
456. Masselon, Psychologie des Dp. Thèse Paris. Boyer. 1902. Ref.: CBN., 1903. S. 422.
457. — La dp. Paris, Joanin, 1904.
458. — Un cas fruste de dp. An., XVII, 1904. Ref.: CBN., 1905, S. 132.
459. Mayer bei Meynert, 16 Fälle von Halbtraumzustand. Jahrb., 1892, B. 11, S. 236.
460. Mayr, E., Die Sekretion des Magensaftes und ihre Beziehungen zu psychopathologischen Zustandsbildern. Wien. klin. WS., 1907, S. 1285.

461. Mayser, Zum sogenannten halluzinatorischen Wahnsinn. Z., 1886, B. 42, S. 114 und 133.
462. Moeus, La Dp. chez les jeunes gens. Bull. soc. méd. ment. Belgique, 1902. Mars/juin et sept.
463. — Considérations générales sur la signification clinique de la Dp. Amps., 1904, B. XX, S. 207. Ref.: NCB., 1905, S. 83.
464. Meschede, Über krankhafte Fragesucht, Phrénolepsia erotematica, eine bisher wenig bekannte Form partieller Denkstörung. Z., 1872, B. 28, S. 390.
465. Meyer, Ad., Fundamental conceptions of Dp. Brit. méd. J., 1906, Sept.
466. Meyer, E., Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. A., 1899, B. 32, S. 780.
467. — Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. WS., 1901, S. 8075.
468. — Zur prognostischen Bedeutung katatonischer Erscheinungen. Münch. med. WS. 1903, S. 1369.
469. — Über akute und chronische Alkoholpsychosen usw. A., 1904, B. 38, S. 331.
470. — Über psychische Infektion. Berl. klin. WS., 1905, S. 669.
471. — Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena, Fischer, 1907.
472. Meyer, L., Intentionspsychosen. A., 1889, B. 20, S. 1.
473. Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien, 1890.
474. — Die akuten halluzinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrb. II, 1881, S. 181.
475. — Amentia, die Verwirrtheit. Jahrb., IX, 1890, S. 1.
476. Mignot, Étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Thèse, Paris, 1902.
476 *a*) Miyake Koichi, Jugendirresein (in Tokio). Arbeit aus dem neurologischen Institut an der Wiener Universität, XVI, S. 315, Wien, Deuticke, 1908.
477. — Les troubles phonétiques dans la Dp. Amps., 1907, S. 5. Ref.: NCB., 1908, S. 380.
477 *a*) Miekle, Katatonie. Brain, 1889, B. XII, S. 503.
478. Möbius, Über Scheffels Krankheit. Halle, Marh., 1907.
479. — Geschlechter der Tiere, II, S. 24.
480. Möller, Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein. A. 1882, B. 13, S. 188.
481. Mönkemöller, Kombinierte Psychosen? Z., 1901, B. 58, S. 639.
482. — Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Z., 1905, S. 638.
483. — Haftpsychosen. MS. für Kriminalpsychologie, B. I, S. 686.
484. Mönkemöller und Kaplan, Eine neue Methode der Fixierung von Fußspuren zum Studium des Ganges. NCB., 1900, S. 798.
485. Mohr, Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit. CBN., 1906, S. 702.
485 *a*) Moll, Konträre Sexualempfindung. III. Auflage, Berlin, Fischer, 1899, S. 353.
486. Mondio, Allucinazioni e frenosi sensoria. Riv. sper. d. freniat. B. 29, H. 1 und 2. Z., 1903, 102*.
487. — Eredità e degenerazione nello sviluppo della D. consecutiva etc. Riv. mensile di Neuropat. e Psich., 1900, Nr. 4 e 5. Ref.: NCB., 1901, S. 133.
488. Monod, Les formes frustes de la Dp. Thèse, Paris, 1905.
489. Moravcsik, Über Katatonie. Orvosi Hetilap, 1905. Nr. 27, Beilage. Ref.: JB., 1045/1046 und NCB., 1905, S. 875.
491. — Künstlich hervorgerufene Halluzinationen. CBN., 1906, S. 215.
492. — Über einzelne motorische Erscheinungen Geisteskranker. Z., 1907, B. 64, S. 733, und CBN., 1907. S. 137/138.
494. Morawitz, Klinische Mischformen von Katatonie und Epilepsie. Diss. Zürich, 1900.
495. Morel, Traité des maladies mentales. 1860, S. 491, 560, 712.
496. Mouratoff, Etudes sur la D. catatonique. An., 1904, II, Nr. 97, B. XVII. Ref.: JB., 1055.
497. Mucha, Beiträge zur Kenntnis der Katatonie. Z., 1898, B. 55, S. 429.
498. — Ein Fall von Katatonie im Anschlusse an die erste Menstruation. NCB., 1902, S. 937.
499. Müller A., Periodische Katatonie. Dissert. Zürich, 1900.
499 *a*) Müller H., Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum. WS., 1908/1909, S. 93.

500. Münzer, Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen. MS., 1906, XIX, S. 362 und 375.
501. Muggia, Appunti sperimentali sulle condizioni organiche dei Dp. Est. d. Rif. med., XXII, S. 26.
502. v. Muralt, Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen. Z., 1900, B. 57, S. 457.
502 a) Muthmann, Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. Halle, Marhold, 1907.

N.

503. Näcke, Die Menstruation und ihr Einfluß bei chronischen Psychosen. A., 1896, B. 28, S. 169.
504. — Über katatonische Symptome im Verlauf der Paralyse bei Frauen. Z., 1893, B. 49, S. 51.
505. — Raritäten aus der Irrenanstalt. Z., 1894, B. 50, S. 630.
506. — Rezidiv oder nicht? Irrenfreund, 1900. Ref.: Z., 57*.
507. — Wahnidee und Irrtum. WS., 1905, Nr. 48/49.
508. — Die Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen. Z., 1905, B. 62, S. 610.
509. — Der Kuß bei Geisteskranken. Z., 1906, B. 63, S. 106.
510. Näcke und Steinitz, Sieben Tage lang anhaltende, völlige und plötzlich nach Chloroformasphyxie eingetretene Aufhellung des Geistes bei einer sekundär verwirrten Geisteskranken. Irrenfreund, 1901. Ref.: NCB., 1902, S. 84.
511. Nasse, Über die plötzliche Umbildung einer klinischen psychischen Krankheitsform in eine neue. Z., 1888, B. 44, S. 434.
512. Neisser, Katatonie. Stuttgart, Enke, 1887.
512 a) — Über die originäre Verrücktheit. A., 1888, B. 19, S. 491.
513. — Über das Symptom der Verbigeration. Z., 1890, B. 46, S. 168.
514. — Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkt. CBN., 1892, S. 1.
515. — Residualwahn. Sitzung des Vereines ostdeutscher Irrenärzte zu Leubus. Juni 1892, Z., 1893, B. 49, S. 486 ff.
515 a) — Mitteilungen über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern. Berl. klin. WS., 1894, Nr. 38.
516. — Über die Sprachneubildungen Geisteskranker. Z., 1898, B. 55, S. 443.
517. — Beitrag zur Ätiologie der periodischen Psychosen. Vgl. A., 1903, B. 36, S. 144/146.
518. — Referat über Cramers: Krankhafte Eigenbeziehung und Beobachtungswahn. CBN., 1903, S. 236.
519. — Diskussion. Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. NCB., 1905, S. 487.
519 a) Zur klinischen Beurteilung der Konfabulation. NCB., 1905, S. 738.
520. — Individualität und Psychose. Vortrag in der Gesellschaft der Naturforscher, 1905. Berlin Hirschwald, 1906. Ref.: NCB., S. 722.
521. — Klinische Mitteilungen über das Dominieren und Andauern bestimmter Vorgänge bei Geisteskranken. Münch. Psych. Kongr., 1896, S. 302; WS., 1905/1906, S. 123.
522. — Zur Dp.-Frage. WS., 1909/1910, S. 8.
523. Nissl, Kritische Bemerkungen zu Ziehens Aufsatz: „Über einige Lücken und Schwierigkeiten der Gruppierung der Geisteskrankheiten". CBN., 1904, S. 171.
524. — Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. NCB., 1902, S. 89.
525. Nolau, Ist die Katatonie eine besondere Form der Geistesstörung? Jmsc., 1892, 111*.
526. Norman Conolly, Notes on Hallucinations. Jmsc., 1903, S. 272 ff.

O.

527. Obersteiner, Über Psychosen in unmittelbarem Anschlusse an die Verheiratung. Nuptiales Irresein. Jahrb. B. 22, 1902, S. 313.
528. Obici, Intorno ai rapporti fra le „psichosi isteriche" e la D. primitiva. Giorn. di psich. clin. e tecn. manic. 1904. Ref.: CBN., 1905, S. 46.
529. Obici e Bonon, Richerche intorno alla resistenza dei globuli rossi nei malati di monte. Ann. di neurol., 1900. B. XVIII, S. 1.

529 a) Oppenheim, Nervenkrankheiten usw. Berlin, Karger, 1907, II. Auflage.
530. Oekonomakis, Dp. (primitiva), Hebephrenie, Katatonie, Paranoia. Athen, 1907 (griechisch). Ref.: NCB., 1907, S. 1177.
531. D'Ormea, Traumaal capo e Dp. Giorn. di psich. clin. e tecn. manic., 1905, B. XXXIII, S. 135/146.
532. — Calcio e magnesio delle urine nei Dp. Giorn. di psich. clin. e tecn. manic, 1906. Ref.: NCB., 1906, S. 723.
533. — Il potere riduttore delle urine nei Dp. Riv. sperim. di freniatr., 1906, B. 32, S. 79.
534. D'Ormea e Maggioto. La eliminazione del bleu di metilene e del ioduro di potassio per via renale. Ricerche sul ricambio materiale nei Dp. Prima nota 1904. Giorn. di ps. B. 33, S. 73—94.
535. — — Ricerche sul ricambio materiale nei Dp. Ricerche urologiche. Secunda nota. Ibidem. Ferrara 1904. 32, S. 209/234.
536. — — Ricerche urologiche e ricerche comparative sulla eliminazione del bleu di metilene per via renale negli stati di depressione e di eccitamento, Dp. e di altre psicosi. Ricerche sul ricambio materiale nei Dp. Ferrara, 1905. Terza e quarta nota.
537. Orschansky, Über Bewußtseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und D. A., 1889, B. 20, S. 309/342.
538. Osske, Zur Prognose der Hebephrenie. Diss. Jena, 1906.
539. Ossipow, Die Schlangenbesessenheit und ihre Stellung in der Klassifikation der Psychosen. Obosrenje psychiatrii. Ref.: NCB., 1906, S. 365.
539 a) — Zur Ätiologie der Katatonie. Ref.: NCB., 1909, S. 382.
540. Ostermayer, Beiträge zur Kenntnis der Katatonie. Deutsch. Arch. f. klin. Med., B. 48, 1890/1891, S. 481.

P.

541. Pactet, La folie dans les prisons. Rev. de ps., 1905, IX, S. 133.
542. Palmore, Observations on the classification of insanity. Jmsc., 1899, Jan. Z., 59*.
543. Paris, Contribution à l'étude de la catatonie et Dp. An., 1903, XVI, S. 409.
544. Pascal, Les ictus dans la Dp. Congrès de Lille, 1906. Ref.: NCB., S. 1080.
545. — Les remissions dans la Dp. Rev. de psychiat. mars et avril, 1907.
546. — Formes mélancoliques de la Dp. An., 1907. Ref.: CBN., S. 956—958.
547. — Pseudo-Neurasthénie prodromique de la Dp. Paris, Masson, 1907. Ref.: La presse méd., Nr. 6.
548. Patin et Madia, Contribution clinique et critique à l'étude de la catatonie. (Italienisch.) Ann. di neurol., 1903. Ref.: Amps., 1906, S. 469.
549. Peeters-Gheel, Troubles intellectuels et catatonie. Bullet. d. soc. méd. ment. Belgique. Juin 1902, Z. 101*.
550. Pelletier, L'association des idées dans la manie aiguë et dans la débilité mentale. Thèse Paris, 1903.
551. Peretti, Zur Kasuistik der plötzlichen Genesungen bei Psychosen. Z., 1890, B. 46, S. 62.
552. Peterson, Katatonia. Rev. des Journ. améric., 1896.
553. Peterson and Jung, Psycho-physical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane individuals. Brain, S. 153, Vol., 30, 1907.
554. Peterson and Langdone, Katatonia. Proceedings of the americ. med. psych. association, 1897. Ref.: Z., 1898, S. 126*.
555. Petrén, Spätheilung von Psychosen. Diss. Stockholm, Norstedt, 1908. Nord. med. Arkiv. Afd., II (Jnre med.).
556. Pfeifer, Über das Krankheitsbild der „zirkumskripten Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee". MS., 1906, B. XIX, S. 49.
556 a) Pfenninger, Untersuchungen über die Konstanz und den Wechsel der psychologischen Konstellation. Jahrb. für psychoanalytische Forschung, III, 1911.
557. Pfersdorff, Über intestinale Wahnideen im man.-depr. Irresein. CBN., 1904, S. 161.
558. — Der Wahn der körperlichen Beeinflussung. MS., 1905, B. 17, S. 158/169.
559. — Die Remissionen der Dp. Zeitschrift für klinische Medizin, 1904. B. 55, S. 488 ff. Ref.: CBN., 1906, S. 79.

560. Pforsdorff, Über eine Form der Depression in der Dp. CBN., 1905, S. 733 ff.
561. — Die Prognose der Dp. WS., 1905/1906, S. 199, A., 1905, B. 40, S. 1058. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden, V, 1905.
562. — Über Rededrang bei Denkhemmung. MS., B. XIX, 1906, S. 108.
563. — Mischzustände bei Manisch-Depressiven. NCB., 1908, S. 1142.
564. Pfister, Zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie. Z., 1906, B. 63, S. 275.
565. — Über Verbigeration. Vortrag. Z., 1906, B. 63, S. 548.
566. Pförringer, Verhalten des Körpergewichtes bei zirkulären und anderen Psychosen. MS., B. 23, Ergänzungsh. 124.
567. Pianetta, Caso di alluzinationi unilaterali. Manicomio, XIX. Ref.: Jmsc., 1904, S. 556.
568. Pichon, Gleichzeitiges Vorkommen verschiedener Delirien bei demselben Individuum. L'encéphale Nr. 4, 5 und 6. Ref.: Z., 87, S. 55*.
569. Pick, Psychiatrische Beiträge zur Psychologie des Rhythmus und Reimes. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, XXI, S. 401.
570. — Zur Pathologie des Ich-Bewußtseins. A., 1904, B. 38, S. 22.
570 *a*) Über pathologische Träumerei und ihre Beziehung zur Hysterie. Jahrb., 1896, XIV, 280.
571. — Über Hyperästhesie der periodischen Retinaabschnitte; zugleich ein Beitrag zur Lehre von den katatonen Bewegungen. MS., 1908, B. 211, S. 382.
572. — Über sogenannten Transitivismus bei Geisteskranken. Prag. med. WS., 1905, S. 259 und 275.
573 — Über primäre Demenz. Wandervorträge, 1891.
574. — Über primäre progressive Demenz bei Erwachsenen. Prager med. WS., 1904, S. 417.
575. Pieraccini in Ballet. Traité de Pathologie mentale, S. 148 (fuite de la pensée).
576. Pieraccini, Periodisches Stummsein einer Geisteskranken. Rivist. sperim. di fren., 1893, Vol. 19, S. 1, 121*.
577 Pighini, Contribuzione allo studio della Dp. Riv. sper. di fren., 1905, B. 31, S. 156*.
578. — Il ricambio organico nella Dp. Rivist. di fren., 1907. Ref.: NCB., 1908, S. 379.
579. Pighini e Paoli, Di una speciale forma del globulo rosso nella Dp. Rivist. di fren. e med., XXXII. Ref.: NCB., 1907, S. 913.
580. Pilcz, Über eine gewisse Gesetzmäßigkeit in Träumen. NCB., 1899, S. 187.
580 *a*) — Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. Leipzig und Wien, Deuticke, 1904.
581. Pobiedin, Zur Lehre von den akuten halluzinatorischen Psychosen. Z., 1902, B. 59, S. 481.
582. Popoff, Recherches hématologiques chez les aliénés. Thèse Lyon, 1908. Lyon, Rey.
583. Pötzl, Fall von Katatonie. Wien. klin. WS., 1904, S. 1422. Vortragsbericht.
584. Probst, Über das Gedankenlautwerden und über Halluzinationen ohne Wahnideen. MS., 1903, B. 13, S. 401.
585. Pugh, The Alkalinity of blood in mental disease. Jmsc., 1903, S. 71.

R.

586. Raecke, Über Erschöpfungspsychosen. Z., 1900, B. 57, S. 39.
587. — Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. MS., 1902, B. 11, S. 12 und 120.
588. — Über hysterische Schlafzustände. Berl. klin. WS., 1904, S. 1323.
589. — Verkannte Geisteskranke. MS. f. Kriminalpsych., 1907, B. 3, S. 472.
590. — Katatonie im Kindesalter. A., 1909, B. 45, S. 245.
591. — Zur Prognose der Katatonie. Deutsch. Ver. f. Psych., Berlin, 1908. Ref.: WS., 1908/1909, S. 115.
592. Raggi, Psychische Kontrasterscheinungen bei einer Geisteskranken. Arch. ital. per le malatie nerv., B. 24, H. 4 und 6. Ref.: Z., 1887, S. 58*.
593. Rathmann, Über die nach Schädeltrauma auftretenden psychischen Störungen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1901, B. 22, S. 1.
594. Rauch, Über die katatonen Symptome. Diss. Leipzig, 1906.
595. Rauschke, Begleitdelirien. NCB., 1905, S. 673.
596. — Ein Fall von Paranoia acuta simplex. Münch. med. WS., 1906, S. 1378.

597. Robizzi, La causa tonica in alcune malatie mentale.
598. Rodepenning, Der geistige Besitzstand von sogenannter D. MS., 1908, 23. Ergänzungsheft, S. 139.
599. Régis in Marie, S. 7. Notes à propos de la Dp. Revue de psych., 1904, B. VIII, S. 150.
600. — La confusion mentale. Amps., 1905. Ref.: NCB., S. 1154.
601. Régis et Lalanne, Catatonie et insuffisance rénale. Congrès de Limoges, 1907.
602. Rehm, Weitere Erfahrungen auf dem Gebiete der Lumbalpunktion. CBN., 1905, S. 798 ff.
603. Reichhardt, Über Todesfälle bei funktionellen Psychosen. CBN., 1905, S. 1.
604. — Leitfaden für die psychiatrische Klinik. Fischer, Jena, 1907.
605. Reis, Über einfache psychologische Versuche an Gesunden und Geisteskranken. Kraepelins psychologische Arbeiten. Leipzig, Engelmann, 1899, B. II, S. 587.
606. Reuter, Ein Fall von „extrakampiner" Halluzination. Orvosi Hetilap, Nr. 7 (ungar.), 1904. Ref.: JB., S. 1017.
607. Ricci, Le stereotypie nelle d. e spezialmente nelle d. consecutive. Rivist. sperim. di freniatr., XXV. Ref.: NCB., 1899, S. 996.
608. Ricksher and Jung, Further investigations on the galvanic phenemenon and respiration in normal and insane individuals. J. of abnorm. Psych., II, S. 189, Dezember 1907.
609. Rieger, Über normale und kataleptische Bewegungen. A., 1882, B. XIII, S. 427/481.
610. Riklin, Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände und des Ganserschen Symptoms. WS., 1904, Nr. 21/22.
611. — Über Versetzungsbesserungen. WS., 1905/1906, S. 154.
612. — Beitrag zur Psychologie der kataleptischen Zustände bei Katatonie. WS., 1906/1907, Nr. 32/33.
612 *a*) — Analytische Untersuchung der Symptome und Assoziationen eines Falles von Hysterie. WS., 1905, Nr. 46.
613. — Über Gefängnispsychosen. WS., 1907/1908, Nr. 30—37.
614. — Wunscherfüllung und Symbolik im Märchen. Wien und Leipzig, Heller, 1908.
615. v. Rinecker, Über die Bedeutung von Hebephrenie als klinisches Krankheitsbild. Vortrag. Z., 1881, B. 37, S. 570.
616. Risch, Über die Verwechslung von Denksperrung mit angeborenem Intelligenzdefekt in den Haftpsychosen. CBN., 1908, S. 249.
617. — Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Z., 1908, S. 171.
618. — Die Gehirnsperrung, eine Schutzmaßregel des Zentralnervensystems. CBN., 1908, S. 563.
619. — Symptomenkomplex der frischen Haft usw. MS., 1909, B. XXV, S. 305.
620. Rizor, Jugendirresein. A., 1908, B. 43.
621. Robertson in Ballet, S. 139. Reflexsprache.
622. — Unilateral Hallucinations, their relative frequency, associations and pathology. Jmsc., 1901.
623. Rohé, Beziehungen zwischen Erkrankungen der Beckenorgane und Geistesstörungen beim Weibe. 95. Jahresbericht des Maryland Hospital for the Insane, 1894, 127*.
624. Roller, Motorische Störungen beim einfachen Irresein. Z., 1886, B. 42, S. 1.
625. Rorie, Notes on adolescent insanity in Dorset — und Diskussion dazu. Jmsc., Vol. 50, S. 266. Ref.: JB., 1904, S. 1020.
626. Rosenfeld, Über Herdsymptome bei den zur Verblödung führenden Psychosen. Zeitschrift für klinische Medizin, B. 56. Ref.: CBN., 1905, S. 323 und 471.
627. — Über Partialdefekte bei Endzuständen der Katatonie. NCB., 1905, S. 631.
628. — Psychische Störungen bei vasomotorischer Neurose. CBN., 1908, S. 137.
629. — Über Einfluß psychischer Vorgänge auf den Stoffwechsel. Z., 1906, B. 63, S. 367.
630. Rousseau, De la folie à l'époque de la puberté. Thèse Paris, 1857.
630 *a*) Roubinowitch et Levaditi, Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la Dp. Gaz. des hôpit., 1909, 1. Juni.
631. Rowe, Is Dp. the „new peril" in psychiatry? Americ. Journ. of Insanity. Vol. 63, Nr. 3. Ref.: CBN., 1908, S. 444.

632. Rudolphson, Zur Kenntnis und klinischen Bedeutung der idiomuskulären Wulstbildung. A., 1889, B. 20, S. 473.
633. Rüdin, Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen. Diss. Berlin, 1901.
634. — Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur. Z., 1903, B. 60, S. 852.
635. — Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. Habil.-Schr. München, 1909.
636. Rust, Über die Katatonie oder das Spannungsirresein. Diss. Berlin, 1879.

S.

637. Sachs B., Referat zur Eröffnung der Diskussion der Americ. neurol. assoc. September 1904. Journ. nerv. and ment. diseases, 1905. Ref.: NCB., S. 866.
638. Salerni, Le oscillazioni periodiche mensili della temperatura, del polso e del respiro nelle alienate menstruate e nelle amenorroiche. Riv. sperim. di freniatr. 30, S. 323. Ref.: JB, 1904. S. 1022.
639. Sandberg, Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia. Z., 1896, B. 52, S. 627.
640. Sander, Über eine spezielle Form der primären Verrücktheit. A., 1868, B. I, S. 387 ff.
641. Sandri, La formola emo-leucocitaria nella Dp. Riv. di Patolog. nerv. e ment. X. Ref.: NCB., 1907, S. 913.
642. Sano et Heilporn, Un cas de catatonie. Bullet. de la soc. méd.-ment. Belgique, September 1901.
643. de Sanctis, Sante, Negativismo vesanico e allucinazioni antagonist. Bull. della soc. Lancisiana degli osped. di Roma, XVI. 1896. Ref.: Zeitschrift für Psychiatrie und Physiologie der Sinnesorgane, B. 13, S. 397.
644. — D. praecocissima catatonica oder Katatonie des früheren Kindesalters. 1908, Nr. 1.
645. — Psicopatologia della idea di negazione. Manic. moderno, XVI, 1900. Ref.: NCB., 1902, S. 28.
646. — Intorno alla psichopatologia dei neologismi. Annali di nevrol., XX, S. 597. Ref.: NCB., 1904, S. 226.
647. — Sopra alcune varietà della Dp. Rivist. sper. di freniatr. 32, S. 141. Ref.: NCB., 1907, S. 181.
647 *a*) — Die Träume. Übersetzung. Marhold, Halle, 1901.
648. Sartorius, Die forensische Bedeutung der Dp. Z., 1908, S 666.
649. Savage, Lettsonian-lectures on the mental disorders of decay. Lancet, 1905. Nr. 42, S. 625, 913.
650. — Lettsonian-lectures on functional mental disorders. Lancet, Febr. 1905, S. 409.
651. Schäfer, Ein Fall von Dp. katatonischer Form (Kraepelin), der nach 15jähriger Dauer in Genesung ausging usw. MS., 1907, XXII. Ergänzungsh., S. 72—80.
652. — Katatonisches Krankheitsbild bei Hirnabszeß. Mitteilungen aus den Hamburger Staatsirrenanstalten. Ref.: NCB., 1906, S. 878.
653. — Der moralische Schwachsinn. Halle, Marh., 1906. Ref.: NCB., S. 568.
654. Scheffer, Melancholie met katatonische verschijnselen na negenjarigen duur plotselijk genesen. Psych. and neur. Bladen, 1899, I, 27. Ref.: CBN., 1900, S. 672.
655. Schermers, Over katatonie. Psych. and neur. Bladen, 1901, S. 253. Ref.: NCB., 1903. S. 552.
656. v. Schleiß-Löwenfeld, Fälle von Hebephrenie usw. Dissert. München, Wolf, 1904.
657. Schlöß, Über die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. Jahrb., XIV, 1896, S. 114.
658. Schmidt, Hirnabszeß bei katatonischem Krankheitsverlauf. Z. 1904, B. 61, S. 679.
659. Schneider, Ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Z., 1903, B. 60, S. 65.
660. Schoenthal, Beiträge zur Kenntnis der im frühen Lebensalter auftretenden Psychosen. A., 1892, B. 23, S. 799.
661. Scholl, Versuche über die Einführung von Komplexen in die Assoziation von Gesunden und Geisteskranken. Klinik für psych. und nerv. Krankheiten. Herausgegeben von Sommer, III. B., 1908, S. 197.
662. Scholz. Über Pubertätsschwachsinn. Z.. 1897, B. 53, S. 912 ff.

663. Scholz, Eine irre Verbrecherin. Z., 1899, B. 56, S. 603.
664. Schott, Beitrag zur Lehre von der sogenannten originären Paranoia. MS., 1904, B. 15, H. 5.
665. — Beitrag zur Lehre von der Ideenflucht in der Manie. CBN., 1904, S. 519.
666. — Beitrag zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit. Z., 1905, B 62, S. 257.
667. — Klinischer Beitrag zur Lehre von der Dp. Kraepelins. MS., 1905, B. 17. Ergänzungsh., S. 118.
668. — Mord beziehungsweise Totschlag und Dp. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, XXX, 1905, S. 76*.
669. Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Leipzig, Mutze, 1903.
670. Schreiber, Ein Fall von zirkulärem Irresein mit täglich alternierendem Typus. Pester medizinische Presse, 1901. Ref.: NCB., 1902, S. 83.
671. Schröder, Die Katatonie im höheren Lebensalter. NCB., 1902, S. 638. Ref.: MS., B. 12, S. 79.
672. — Ein Beitrag zur Frage der Kombination von Psychosen und Morbus Basedowii. Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Direktors Dr. Tiling, Riga, Grothuß, 1909.
673. — Chronische Alkoholpsychosen. Hoche, Sammlung zwangloser Abhandlungen, 1905, Halle, Marhold.
674. Schubert, Alternierende Psychose. Z., 1893, B. 49, S. 498.
675. Schüle, Chirurgische Erlebnisse bei Geisteskranken. Z. 83, B. 39, S. 1.
675 *a*) — Zur Paranoiafrage. Z., 1894, B. 50, S. 301 ff.
676. — Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig, Vogel, 1880.
677. — Klinische Psychiatrie. Spezielle Pathologie und Therapie bei Geisteskrankheiten. Leipzig, Vogel, 1886.
679. — Zur Katatoniefrage. Z., 1898, B. 54, S. 515.
680. — Klinische Beiträge zur Katatonie. Z., 1901, B. 58, S. 221 ff.
681. Schultz, Über das Verhalten der Alkaleszenz des Blutes und der weißen und roten Blutkörperchen bei Nerven- und Geisteskrankheiten. MS., XX, 1907, S. 21.
682. Schultze, Bemerkungen zur Paranoiafrage. Deutsche med. WS., 1904, Nr. 3, S. 89. Ref.: JB., S. 1056.
683. — Über epileptische Äquivalente. Münch. med. WS., 1900, S. 465/466.
684. — Dp. Deutsche med. WS., 1907, B. 33. Sitzungsbericht.
685. Schultze, Über Psychosen bei Militärgefangenen. Z., 1904, B. 61, S. 602.
686. — Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen. Jena, Fischer, 1907.
687. Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart, Enke, 1902.
688. Séglas, La paranoia. An., 1887.
689. — Ein Fall von kombiniertem Irresein. Amps., 1888, I, 91*.
690. — Une observation de mélancholie cataleptic. Nouv. Inconogr. de la Salpêtrière, 1889.
691. — Les troubles du langage chez les aliénés. Paris, Rueff, 1892. Ref.: CBN., S. 526.
692. — Die Halluzination und die Verdoppelung der Persönlichkeit bei der Paranoia (folie systematique). Die Besessenen und die psychomotorische Varietät des systematischen Verfolgungswahns. Amps., 1893. Ref.: Z. 1895, B. 51, 116*.
693. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, Asselin, 1895.
694. — La d. paranoide. Amps., 1900, Vol. 58, S. 232. Ref.: JB., 960.
695. — Dp. et catatonie. Nouv. Inconogr. de la Salpêtrière, 1902, S. 4. Ref.: CBN., 1903, S. 416.
696. — Des hallucinations antagonistes unilatérales et alternantes. Amps., 1903. Ref.: NCB., S. 1026.
697. — Symptomes catatoniques au cours de la paralysie générale. Nouv. Inconogr. de la Salpêtrière, 1907, Nr. 1. Ref.: NCB., S. 824.
698. Séglas in Ballet, Séméiologie des affections mentales.
699. Séglas et Chaslin, La catatonie. An., 1888, I, 91*, et Brain, B. XII, 1890, S. 191.
700. Séglas et Darcoune, Le dermographisme chez les aliénés. Amps., 1901.
701. Seiffer, Gedächtnisuntersuchungen. Ps. Verein Berlin, 14. März 1908. CBN., S. 417.
702. Serbski, Formen psychischer Störung, die unter dem Namen der Katatonie beschrieben sind. Gesammelte Abhandlungen. Moskau, 1890 (russisch). Z., 1892, 256*.

703. Serbski, Über die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen. CBN., 1891, S. 145.
704. — Über die akuten Formen der Amentia und Paranoia. Z., 1892, B. 48, S. 328.
705. — Contribution à l'étude de la Dp. Amps, 1903/1904. Ref.: NCB., 1905, S. 83.
706. — On the question of Dp. Journ. of ment. pathology, II, 1902, S. 175.
707. Sérieux, Dp. Gaz. hebdomadaire de méd. et chir. 1901.
708. — Dp. Rev. de psych., 1902, Nr. 6, S. 241.
709. Sérieux et Masselon, Signes physiques de la Dp. Soc. méd. psych. 30. Juni 1902.
710. Siefert, Beitrag zur Paranoiafrage. A., 1905, B. 39, S. 783.
711. — Über die Geistesstörungen der Strafhaft usw. Halle, Marhold, 1907.
712. Siemerling, Diskussion zu Kraepelin. Z., 1899, B. 56, S. 260.
713. Sioli, Über direkte Vererbung von Geisteskrankheiten. A., 1885, B. XVI, S. 113 ff.
714. Sklarek und van Vleuten. Ref.: JB., 1904, S. 1025.
715. Smith, Ely, Jeliffe the signs of pre-Dp.: their signification and pedagogic prophylaxis. Americ. Journ. med. sc. VIII, 1907, S. 956.
716. Smith Percy, Presidential adress on paranoia. Jmsc., 1904, S. 607. Ref.: NCB., 1906, S. 329.
717. Snell, Über eine besondere Art von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken. Z., 1874, B. 30, S. 651.
718. — Die Überschätzungsideen der Paranoia. Z., 1890, B. 46, S. 447.
719. — Hypothermie bei Geisteskranken. Z., 1898, B. 55, S. 305.
720. Sölder, Über Perseveration, eine formale Störung im Vorstellungsablauf. Jahrb., 1899, B. 18, S. 508.
720 a) Sollier, Psychologie de l'idiot et de l'imbecille. Paris, 1891. Übersetzung. Hamburg und Leipzig, Voß. 1891.
721. Soltmann in Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten. B., V, S. 1.
722. Sommer, Beiträge zur Kenntnis der kriminellen Irren. Z., 1888, B. 40, S. 117.
723. — Diskussion. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte. Z., 1899, B. 56, S. 261.
724. — Zur Lehre von der „Hemmung" geistiger Vorgänge. Z., 1894, B. 50, S. 234.
725. — Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien und Leipzig, 1894, S. 260/261. Ref.: Z., 1895. B. 51, S. 1028.
726. — Objektive Darstellung katatonischer Muskelzustände. NCB., 1903, S. 1160.
727. — Klinische Psychiatrie. Halle, 1906, S. 161.
728. Soukhanoff, Sur la pathogénie des obsessions morbides. Congrès Bruxelles 1903. Ref.: NCB., 1904, S. 237.
729. — Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques. An., XVIII, S. 305. Ref.: JB., 1904, S. 1026.
730. Soutzo, fils, La psychiatrie moderne et l'œuvre du prof. Kraepelin. Amps., 1906, S. 243 und 402.
731. Specht, Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Festschrift, Erlangen, 1901.
732. — Über Hysteromelancholie. CBN., 1906, S. 545.
733. — Zur Analyse einiger Schwachsinnsformen. NCB., 1906, S. 1133/1134.
734. Spitzka, Über masturbatorisches Irresein. Jmsc., 1888. Ref.: Z., 1889, S. 90*.
735. Sprague, Primary d. of puberty (The British med. journ., 1898). Americ. Journ. of ins. Vol. 57, Nr. 2. Ref.: Z., 1900, 179*.
736. Sprague and Hill, Primary d. and Dp. Trans-americ. med. ps. assoc. May 1900. Ref.: Jmsc., 1901, S. 808.
737. Stadelmann, Das Wesen der Psychose auf Grundlage moderner naturwissenschaftl. Anschauung. H. IV, die Katatonie. München, Otto Gmelin, 1905. Ref.: JB., S. 423.
738. — Erlebnis und Psychose. Versammlung deutscher Naturforscher, Dresden, 1907. NCB., S. 924.
739. Stauffer s. Brahm.
740. Stawitz, Über den Schwachsinn als Folgezustand ungeheilter Psychosen. Diss. Würzburg, 1889.
740 a) Steele Whitmore, Das Blut der Melancholischen und der Erfolg systematischer tonischer Behandlung. Jmsc., 1893, 158*.

741. Steinheil, Catalepsie symptomatisch bei Intoxikations- und Infektionskrankheit. Rev. neurol., 1901, Nr. 18.
742. Stekel, Nervöse Angstzustände und deren Behandlung. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1908. Ref.: CBN., S. 766.
743. Stelzner, Analyse von 200 Selbstmordfällen. Berlin, Karger, 1906.
744. Stern, Beitrag zur Psychologie der Aussage. B. II, S. 9.
745. Sterz, Über psychische Störungen im Pubertätsalter. Jahrb., I, 1879, S. 94.
746. Stoddart, A Study of emotions. Brain, 1904, S. 509—521.
747. Stransky, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen, spez. der Dp. „Wiener klinische Rundschau", 1903. Jahrb., 1904, B. 24, S. 1, 79, 95 ff
748. — Zur Auffassung gewisser Symptome der Dp. NCB., 1904, S. 1074 und 1140.
749. — D. tardiva. Ein Beitrag zur Klinik der Verblödungspsychosen. MS., 1905, B. 18, Ergänzungsh., S. 1 ff.
750. — Über die Dp. in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. Vortrag. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1905. Wiener medizinische Presse, Nr. 29, S. 1379.
751. — Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. NCB., 1905, S. 970.
752. — Zur Lehre von der Amentia. Wiener med. WS., 1905, Nr. 1 und Journ. f. Ps. und. Neur., B. IV, H. 4, B. V, H. 1, B. VI, 1—4.
753. — Zur Amentiafrage. CBN., 1907.
754. Strohmayer, Zur Klinik, Diagnose und Prognose der Amentia. MS., XIX, S. 417.
755. Svetlin, Ein Beitrag zur Lehre von der Katalepsie, A. B. VIII, S. 548.
756. Swoboda, Studien zur Grundlegung der Psychologie. Leipzig und Wien, Deuticke, 1905.

T.

757. Tahier, Stupeur catatonique et stupeur mélancolique. Thèse Bordeaux, 1904. Nr. 132.
758. Tamburini, Fälle von Katatonie, Irrenfreund, 1887, 8 und 9. Ref.: Z., 1888, B. I, S. 90 und Riv. sper. di fren., 1886.
759. Tanzi und Riva, Paranoia. Beitrag zur Theorie der psychischen Degeneration. Riv. sper. di fren., 1884, II, 1885 I, Ref.: Z., 92*.
760. Taube, Über hypochondrische Verrücktheit. Diss. Dorpat, 1886. II. Halbj., 53*.
761. Tetzner, Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie. WS., 1905/1906, S. 225, 236.
762. Thomsen, Klinisches über Zwangsvorstellungen. CBN., 1904, S. 773.
763. Thwaites, Dp. and mental degeneracy in Syria. Jmsc., 1908, S. 511.
764. Tigges, Kahlbaums Katatonie. Z., 78, B. 34, S. 753.
765. Tiling, Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Wiesbaden, Bergmann, 1904. S. 35/36, CBN., XV S. 408.
766. Tintemann, Querulatorische Psychosen im Zusammenhang mit Arbeiterversicherung. Münch. med. WS., 1907, S. 1479.
767. Tonnini, Die sekundäre Verrücktheit. Riv. sper. di fren XIII 1, 1887, II, 84*.
768. Tomaschny, Der Kopfschmerz bei Dp. Z., 1908, B. 65, S. 778.
769. Toulouse et Damaye, La démence vésanique est elle une d.? Rev. de psych., 1903.
770. Towbridge, The insanity of pubescence. Alienist and neurol., 91, July, S. 341.
771. Trépsat, Altération trophique chez des Dp. catatoniques. Nouv. iconogr. de la Salp., 1904, S. 465.
772. — Étude des troubles physique dans la Dp., hébéphréno-catatoniques. Thèse Paris, 1905, S. 17.
773. Trömner, Über jugendliche Verblödungsprozesse. NCB., 1899, S. 1066.
774. — Das Jugendirresein. Halle, Marh., 1900. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, III. B., H. 5.
775. Tschisch, Über Geisteskrankheiten bei Prostituierten. Obosrenije psichiat., 1906, Nr. 12, NCB., 1907, S. 825.
776. — Die Katatonie (Monographie). Neurol. Westnik., 1897/1898. Ref.: Z., 1899, S. 138*.
777. Tuczek, Über Zwangsvorstellungen. Berl. klin. WS., Nr. 6, B. 36, 1899, S. 213.

U.

778. Urstein, Ein Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie. CBN., 1906, S. 629.
778 *a*) — Dp. Urban & Schwarzenberg, Wien, 1909.
779. Ullmann, Über protrahierte hysterische Dämmerzustände. Dissert. Berlin, 1907.
780. Urquhart, Nomenclature of mental diseases. Jmsc., 1903, S. 236.

V.

781. Veraguth, Das psychogalvanische Reflexphänomen. Berlin, Karger, 1909.
782. Vieregge, Versuche über die Merkfähigkeit für Zahlen an Gesunden und Geisteskranken. Vortrag. Ref.: Z., 1908, B. 65, S. 207.
783. Vigouroux et Juquelier, Contribution clinique à l'étude des délires du rêve. Journ. de ps. norm. et pathol. 1908, S. 131.
784. Vogt, Ragnar, Zur Psychologie der katatonen Symptome. CBN., 1902, S. 433/434.
785. — Zur Psychophysiologie des Negativismus. CBN., 1903, S. 85.
786. — Über den Begriff „Anregung" beziehungsweise „Perseveration" der kortikalen Vorgänge. CBN., 1904, S. 29.
787. Voisin, Les psychoses de la puberté. Compte rendu du XIII Congrès internat. de méd., 1900. Section de psychiat., S. 49, 63—73.
788. — Notes sur un cas de mélancolie avec stupeur à forme cataleptique. An., 1877, XIII, S. 354.
789. Vorkastner, Über pseudomelancholische Zustände. MS., 1905, XVII, S. 133.
790. Vorster, Über das Verhalten des spezifischen Gewichtes des Blutes bei Geisteskranken. Z., 1894, B. 50, S. 1081.
791. — Über die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Klassifikation. MS., 1901, B. IX, S. 161.

W.

792. Wagner v. Jauregg, Einiges über erbliche Belastung. Wien. klin. WS., 1906, S. 1.
793. Wagner in Lettres d'Autriche, De l'influence des affections fébriles sur les psychoses. Sem. méd., 1887, S. 280.
794. Wassermeyer, Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. A., 1908, B. 43, S. 124.
795. Weber, L. W., Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. Münch. med. WS., 1903, S. 1417.
796. — Akute primäre Inkohärenz. Z., 1903, B. 60, S. 755.
797. — Über akute tödlich verlaufende Psychosen. MS., 1904, B. 16, S. 81.
798. — Fortschritte in der psychiatrischen Diagnostik. Deutsche med. WS., 1904, S. 922, B. 25.
799. — Traumatische Psychosen. Vortrag. NCB., 1905, S. 539.
800. — Posttraumatische Psychosen. Deutsche med. WS., 1905, S. 1183. Ref.: JB., S. 1014.
801. Weiler, Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken, 1906, S. 475.
802. Weininger, Geschlecht und Charakter. Wien und Leipzig, Braumüller, 1903.
802 *a*) — Gedanken über Geschlechtsprobleme. II. Auflage. Berlin, Concordia, 1907.
803. Werner, Über die psychiatrische Nomenclatur „Verrücktheit" und „Wahnsinn". Vortrag mit Diskussion. Z., 1890, B. 46, S. 524.
804. Wernicke, Grundriß der Psychiatrie. Leipzig, Thieme, 1900.
805. — Krankenvorstellungen. Breslau, 1899.
806. — Über Halluzinationen, Ratlosigkeit und Desorientierung in ihren wechselseitigen Beziehungen. NCB., 1900, S. 1131. Ref.: JB., 1901, S. 849.
807. — in Diskussion des Vereines der deutschen Irrenärzte. Z., 1899, B. 56, S. 642.
808. — Diskussion zu E. Meyers: Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Z., 1901, B. 58, S. 701/702.
809. Westphal, C., Zwei Krankheitsfälle. A., 1877, B. 7, S. 622—631.
810. — Über die Verrücktheit. Z., 1878, B. 34, S. 252.

811. Westphal, A., Über bisher nicht beschriebene Pupillenerscheinungen im katatonischen Stupor mit Krankendemonstrationen. Autoref.: CBN., 1907, S. 736.
812. — Über ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen. Deutsche med. WS., Nr. 27, 1907. JB., S. 1127.
812 a) — Weitere Beobachtungen über im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphänomene usw. Deutsche med. WS., 1909, Nr. 23.
813. Weygandt, Atlas und Grundriß der Psychiatrie. Lehmanns Atlanten, 1902 (S. 392).
814. — Alte Dp. CBN., 1904, S. 613.
815. — Über leicht abnorme Kinder. CBN., 1905, S. 25.
816. — Dp. und Idiotie. CBN., 1905, S. 600 und Zeitschrift für Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, 1907.
817. Wherry, Is delusional insanity due to disease of the brain? Alienist und Neurolog. 1905. Ref.: JB., S. 1044.
819. Whitwell, Zur Pathogenese des Stupors. Brain, 1895, 124*.
820. Wideröe, Primary d. of puberty. The british. med. Journ., 1898. Ref.: JB., S. 1163.
821. — Primär pubertets. d. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 1898, S. 367. Ref.: JB., S. 1227.
822. Wiersma, Die Sekundärfunktion bei Psychosen. Journ. f. Ps. u. Neurol., 1906/1907, B. VIII, S. 1.
823. Wiglesworth, On the Pathology of certain cases of melancholia attonita or acute d. Jmsc., 1883, S. 355.
824. Wille, C., Die Lehre von der Verwirrtheit. A., 1888, B. 19, S. 328.
825. — Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig und Wien, Deuticke, 1898.
826. Wilmanns, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Eine klinische Studie. Leipzig, Barth, 1906.
827. — Zur Differenzialdiagnostik der „funktionellen" Psychosen. CBN., 1907.
828. — Über Gefängnispsychosen. Halle, Marh., 1908.
829. Wintersteiner, Augenspiegelbefunde bei Psychosen. NCB., 1907, S. 1103.
830. Wise, Genesung chronischer Geistesstörung. Journ. of insanity, April 1886, I, 180*.
831. Wolf, Weitgehende Besserungen beziehungsweise Genesungen an Geisteskranken unter spezieller Bezugnahme auf § 1569 d. B. G. B. Heidelberger Diss., 1899.
832. Wolff, Zur Frage der Benennung der Dp. CBN., 1908, S. 856.
833. Wolfsohn, Die Heredität bei Dp. Z., 1907, B. 64, S. 347 ff.
834. Wollenberg in Binswanger und Siemerling, I. Auflage, S. 310.
835. Wollny, Über Telepathie, Leipzig, Wigand, 1888.
836. — Sammlung von Aktenstücken in Sachen der gemeingefährlichen Einwirkungen durch Magnetisation auf telepathischem Wege. Leipzig, Wigand, 1888.
837. Würth, Über Bettbehandlung bei chronischen Psychosen. Z., 1902, B. 59, S. 57.

Y.

838. Yennaropoulos, Folie quérulante. Diss. Genève, 1905.

Z.

839. Zablocka, Prognosestellung bei der Dp. Diss. Berlin, Reimer, 1908.
840. Ziehen, Psychiatrie. Zitate nach der II. Auflage. Leipzig, Hirzel, 1902.
841. — Pubertätspsychose. XIII. Congrès Paris. Compte rendu. S. 11 und 27.
842. — Über Störungen des Vorstellungsablaufes bei der Paranoia. A., 1892, B. 24, S. 112, 365 und 1120. Ref.: CBN., 1891, S. 443.
843. — Tagesschwankungen der Körpertemperatur bei funktionellen Psychosen. Z., 1894, B. 50, S. 1042.
844. — Über die Affektstörung der Ergriffenheit bei akuten Psychosen. MS., 1901, B. 10, S. 310—319.
845. — Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin, Reuther, 1902.

846. Ziehen, Zur Differentialdiagnose der Hebephrenie. Psych. en neurol. Bladen, Nr. 1, 1902, S. 7 ff. Ref.: CBN., S. 478.
847. — Rückläufige Assoziationen bei Geisteskrankheiten. NCB., 1904, S. 1065.
848. — Über einige Lücken und Schwierigkeiten der Gruppierung der Geisteskrankheiten. MS., XV, S. 147.
849. — Über seltenere Menstrualpsychosen. CBN., 1906, S. 651/652. Ref.: NCB., S. 729.
850. Zweig, Dp. jenseits des 30. Lebensjahres. A., 1908, B. 44, S. 1015.

